

Année 1901

THÈSE

N°

237

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1901

Par SICARD (GABRIEL)

Né à Castres (Tarn), le 18 juillet 1871

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE AUX QUINZE-VINGTS

SUR QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUS-VAGINALE

SES RÉSULTATS

Président : M. BERGER, Professeur

Juges : MM. CAMPENON,

ALBARRAN,

FAURE,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

237

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1901

Par SICARD (GABRIEL)

Né à Castres (Tarn), le 18 juillet 1871

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE AUX QUINZE-VINGTS

SUR QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUS-VAGINALE

SES RÉSULTATS



Président : M. BERGER, Professeur
Juges : MM. CAMPENON,
ALBARRAN,
FAURE,

} Agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		BRISSAUD.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....		JOFFROY.
		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....		PANAS.
Clinique d'accouchements.....		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

Le Docteur Émile SICARD

A MON PÈRE

Le Docteur Auguste SICARD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BERGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je le remercie de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence
de cette Thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

*et particulièrement à ceux auprès desquels j'ai eu l'honneur
de remplir les fonctions d'interne.*

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR GINGEOT

Internat

(Hôtel-Dieu, 1897).

A MM. LES DOCTEURS RICHARDIÈRE ET VARIOT

dont je n'oublierai pas la sagacité en pathologie infantile.

(Trousseau, 1898).

A M. LE DOCTEUR CH. MONOD

*Successivement stagiaire, externe et interne dans son beau service, j'ai
connu et apprécié de mieux en mieux sa grande expérience clinique,
sa sûreté opératoire. Il reste pour moi le modèle de la probité chirurgi-
cale.*

(Saint-Antoine, 1899).

A M. LE DOCTEUR DREYFUS-BRISAC

*Je suis heureux d'avoir pu terminer chez lui mon internat et bénéficier
de son brillant enseignement, où sans négliger l'étude des problèmes
pathologiques, il sut, en s'élevant souvent au dessus de la clinique
hospitalière, m'initier aux difficultés de la pratique médicale.*

(Lariboisière, 1900).

A M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

*Je le remercie de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu m'accepter
comme interne pendant un temps malheureusement trop court.*

(Maternité de St-Louis, 1900).

A M. LE DOCTEUR CHEVALLEREAU

MÉDECIN DE LA CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

Je le remercie de l'extrême bienveillance avec laquelle il m'a accueilli et qu'il n'a cessé de me témoigner pendant les deux années que j'ai passées auprès de lui en qualité d'aide de clinique. J'en emporte le souvenir de ses excellentes leçons et de la sûreté de ses interventions.

INTRODUCTION

Une grande évolution s'est produite en ces dernières années au sujet du traitement opératoire des fibromyomes de l'utérus et nous paraissions actuellement en possession d'un procédé définitif, grâce à l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Les inconvénients du pédicule externe (méthode de Keßler) joints, il faut peut-être l'ajouter, à la compatibilité de l'hystérectomie vaginale avec une antisepsie qui n'était pas encore tout à fait sûre d'elle-même, avaient fait pendant longtemps la fortune de la voie basse et la voie haute était réservée aux tumeurs reconnues trop volumineuses pour pouvoir, même après réduction par morcellement, être extraites par la filière vaginale. Cependant l'hystérectomie abdominale devait nécessairement bénéficier des progrès de l'asepsie devenue plus rigoureuse et des perfectionnements de la technique chirurgicale en général. L'emploi du plan incliné, des larges écarteurs permettant d'explorer facilement le petit bassin, faisaient de la voie abdominale la voie véritablement chirurgicale, celle par laquelle le chirurgien ne coupe que ce qu'il voit, ne pince et ne lie que ce qui saigne.

Un grand progrès sur le pédicule externe était réalisé par la méthode de traitement intra-péritonéal du pédicule (Schröder). Cependant, il fallait compter avec l'hémorragie secondaire consécutive à la section des tissus

par les fils, l'infection de la muqueuse cervicale et quelquefois le sphacèle du pédicule. Le procédé de la ligature élastique perdue de Czerny et d'Olshausen, adopté en France par Richelot (thèse de Demantké, 1897) n'était pas non plus sans inconvénients, du fait même de la persistance du lien élastique, source possible d'accidents immédiats ou tardifs.

La suppression du pédicule devait être le but poursuivi par les chirurgiens et nous voyons apparaître les multiples procédés d'hystérectomie abdominale totale qui ont fait le sujet de nombreuses communications à la *Société* et au *Congrès de chirurgie* dans les deux années 1896 et 1897. Angelesco (1) qui s'est fait l'historien de ces nombreux procédés, pouvait conclure à cette époque, ainsi que le faisaient l'année suivante Labadie-Lagrave et Legueu (2) à la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale « opération de choix pour le traitement des « grosses tumeurs fibreuses de l'utérus ».

Cependant, déjà en 1897, Terrier (3) apporte au *Congrès de Chirurgie* ses premières observations d'hystérectomie abdominale sus-vaginale, procédé déjà largement employé par les chirurgiens américains, à la suite de Charles-P. Noble (4) et H.-A. Kelly. Les communications successives de Terrier, le mémoire de Longuet marquent les étapes en France de l'hystérectomie sus-

(1) ANGELESKO. *Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus*. Th. de doctorat, Paris, 1897.

(2) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. Paris, 1898, p. 884.

(3) TERRIER. *Revue de Chirurgie*, 1897.

(4) CH. NOBLE, *The British gyn. J.*, mai 1897. — Traduit par le Dr LABUSQUÈRE, *in Ann. de Gyn. et d'Obstétr.*, juillet 1897.

vaginale, qui triomphe au *Congrès de Chirurgie* de 1899 avec le rapport de Ricard et les communications qui l'ont suivi.

Nous ne ferons pas l'historique de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale, qui se trouve dans des publications récentes. Comme l'indique le titre de ce travail, nous nous bornerons à donner la description de cette opération telle que nous l'avons vu exécuter pendant notre internat, par notre maître M. Ch. Monod ou par son assistant M. Arrou. Nous insisterons particulièrement sur quelques points de technique dont nous nous efforcerons d'apporter la justification raisonnée soit en nous appuyant sur nos observations, soit en les confrontant avec ce que nous avons pu connaître de la technique des autres chirurgiens, nous aidant surtout de la communication de M. le professeur Terrier et de la description si complète donnée par M. Quénu de son procédé au *Congrès de Chirurgie* de 1899.

Nous n'avons donc pas la prétention de décrire une opération nouvelle, heureux seulement d'apporter notre modeste contribution à l'étude d'une méthode dont nous avons pu reconnaître et tenons à proclamer la supériorité, opinion que viendra confirmer le court chapitre de résultats, par lequel nous terminerons.

PREMIÈRE PARTIE

Technique de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale

La malade a subi la préparation ordinaire avant les interventions abdominales. Purgation la veille au matin, lavement le soir. Elle a pris également un grand bain savonneux et on a eu soin de raser les poils du pubis.

Elle est fixée, les cuisses en abduction, sur une table susceptible d'être inclinée à 45° au moment voulu et anesthésiée, tandis qu'on procède au nettoyage antiseptique de la paroi abdominale. Le vagin devra être nettoyé également, comme pour une hystérectomie abdominale totale, de façon à être prêt au cas où en cours d'opération, on serait obligé, pour une raison quelconque, de terminer par une hystérectomie totale.

Le champ opératoire étant limité par des compresses aseptiques, on procède à une laparotomie médiane. Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané depuis le pubis jusqu'à 1 ou 2 centimètres de l'ombilic, prolongée plus haut après ouverture de l'abdomen si les dimensions de la tumeur ou les difficultés d'extraction l'exigent. Deux ou trois pinces à forcipressure suffisent à assurer l'hémostase provisoire et quelquefois même définitive sans qu'il soit nécessaire de leur substituer des ligatures à la fin de l'opération.

L'aponévrose mise à nu est incisée, non sur la ligne

médiane, mais un peu en dehors, de manière à ouvrir la gaine du muscle droit, le bord interne de ce muscle est écarté et le feuillet postérieur de sa gaine incisé à son tour.

M. Monod a l'habitude, dans toutes ses laparotomies, d'ouvrir également, à ce moment là, la gaine du muscle droit du côté opposé et de réséquer aux ciseaux; sur toute la longueur de l'incision, la cloison aponévrotique qui sépare ces deux muscles, préparant ainsi pour la fin de l'opération, la restauration de la paroi abdominale par l'accolement des droits, ainsi que nous le verrons plus tard. Le péritoine est alors ouvert au bistouri, l'incision agrandie aux ciseaux, tandis que les doigts glissés audessous par la boutonnière le soulèvent, et ses bords sont repérés avec des pinces de Kocher.

L'abdomen ouvert, on incline la malade dans la position dite de Trendelenburg. Par cette manœuvre, l'intestin, lorsqu'il est libre d'adhérences, entraîné par la pesanteur, tombe en grande partie dans la concavité du diaphragme, vers lequel on le refoule complètement, de manière à en débarrasser le petit bassin. S'il y a des adhérences, on les décolle avec précaution. « Se rappelle-
« lant, comme le dit M. Hartmann (1), que le danger
« est la péritonite, qu'il faut à tout prix limiter l'infec-
« tion à l'excavation, on marchera lentement, circons-
« crivant avec des compresses son champ opératoire
« intra-abdominal et décollant peu à peu l'intestin (le
« plus souvent il s'agit de l'anse omega), soit avec
« l'ongle, soit même en s'aidant du bistouri ou des

(1) HARTMANN, *Ann. de Gynécologie*, juillet 1897, p. 3.

« ciseaux. On fera très attention de rester toujours dans
« le champ limité par des compresses pour être à l'abri
« de toute contamination de la grande séreuse, dans le
« cas où une poche purulente viendrait à se crever au
« cours des manœuvres du décollement, ce qui est très
« fréquent ».

Une fois l'intestin libéré et refoulé, on le maintient au moyen de compresses ou d'éponges tièdes et très légèrement humides, qui sont disposées de manière à former une barrière du côté de la grande cavité péritonéale et la protègent ainsi de toute inoculation au cours des manœuvres ultérieures. Nous avons toujours vu pour cela M. Monod se servir de grandes éponges plates et larges et nous avons pu en apprécier la très grande commodité. M. Routier (1) ne disait-il pas au *Congrès* de 1899 : « Il faut que j'avoue ma faiblesse pour les éponges, rien à mon avis ne les remplace ». Cependant nous reconnaissons que la manœuvre des éponges, en plus de celui qui assiste directement le chirurgien, exige un aide spécial pour les retirer du liquide antiseptique où elles sont conservées, les rincer dans l'eau stérilisée chaude et les monter sur des pinces. De plus leur préparation est plus compliquée que celle des compresses et par suite leur asepsie plus sujette à caution. Aussi, si l'on ne peut être absolument sûr de l'asepsie de ses éponges, mieux vaut leur substituer des compresses stérilisées et c'est ce que font un très grand nombre de chirurgiens.

Le champ opératoire étant ainsi limité et la large valve de Doyen placée dans l'angle inférieur, sus-pubien

(1) ROUTIER, *Comptes-rendus du Congrès français de chirurgie*, 1899.

de l'ouverture abdominale, on procède à l'exploration rapide de la tumeur qu'on attire ensuite au dehors, soit à la main, soit avec des pinces ou le plus souvent à l'aide du tire-bouchon de Delagenière, enfoncé sur la ligne médiane, dans la région la moins vasculaire et en s'efforçant d'éviter la cavité utérine. M. Quénu (1) se sert d'un tire-bouchon légèrement modifié, auquel il « a fait adapter à l'extrémité de l'hélice une rondelle métallique, avec crans, qui limite sa course et s'appuyant sur la surface du fibrome s'oppose à l'issue du liquide par le trou de perforation ».

On procède alors à l'hystérectomie proprement dite dont nous allons d'abord énumérer les divers temps pour les reprendre ensuite en détail.

1^o Section de l'étage supérieur du ligament large ou temps de libération pédiculaire supérieure ;

2^o Taille des lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur ou du lambeau antérieur suivant le cas ;

3^o Recherche et ligatures des utérines ;

4^o Section du col utérin ;

5^o Suture du col ;

6^o Reconstitution du plancher péritonéal.

Après quoi on procède à la fermeture habituelle de la cavité abdominale avec ou sans drainage.

Voyons maintenant le manuel opératoire de ces différents temps.

1^{er} Temps. — LIBÉRATION PÉDICULAIRE SUPÉRIEURE.

Remarquons tout d'abord que les chirurgiens français

(1) QUÉNU. *Comptes rendus du Congrès français de chirurgie*, 1899, p. 64.

procèdent dans ces premiers temps à la ligature des annexes des deux côtés, s'écartant ainsi du procédé primitif américain de Kelly ou procédé par incision continue de droite à gauche ou de gauche à droite (1). On obtient ainsi la libération complète du pôle supérieur de la tumeur, son ascension plus facile et par suite l'accès plus facile aussi du col et la possibilité de l'atteindre des deux côtés, lorsque, comme nous le verrons plus loin, on veut pratiquer préventivement l'hémostase des deux utérines.

On procède donc, de chaque côté successivement, à la pose d'une ligature sur la partie externe (Quénu) (2), Terrier (au début) (3) du ligament large en dehors des annexes, ou, ce qui permet plus de rapidité, d'une pince à pression (Terrier) (4) remplacée plus tard par une ligature.

M. Monod place le plus loin possible un clamp dont un des mors perce le ligament large et dont l'autre est appliqué sur le bord libre du ligament large. Un second clamp est appliqué de même, au ras de l'utérus et on sectionne entre les deux.

Le ligament rond est pris et sectionné en même temps par M. Monod, qui ne fait pas un temps spécial de sa ligature.

M. Terrier, au contraire, recommande de le lier spécialement et M. Quénu (2) appelle l'attention sur l'avantage qu'il y a à pratiquer la section de ces derniers

(1) CH. NOBLE. *The British gyn. J.*, mai 1897. Traduit par LABUSQUIÈRE in *Ann. de Gyn.*, juillet 1897, p. 42.

(2) QUÉNU. *Congrès français chirurgie*, 1899.

(3) TERRIER. *Congrès français chirurgie*, 1896.

(4) TERRIER. *Congrès français chirurgie*, 1899.

ligaments aussi près que possible de l'utérus, à cause de leur rétraction qui pourrait gêner la réparation ultérieure.

Ce premier temps est facile et rapide lorsque la tumeur s'est bien laissée attirer au dehors. Il exige plus de précautions lorsqu'on a affaire à des annexes malades qu'il faut libérer de leurs adhérences.

Nous ne dirons qu'un mot de la conservation d'un ovaire, à condition bien entendu qu'il soit sain, comme palliatif des troubles liés à la ménopause artificielle que crée la castration utéro-ovarienne. Cette conservation préconisée en Allemagne, par Chrobak (1), et en France, par Jayle (2), dans les interventions sur l'appareil utéro-ovarien en général, se rattache à une question de doctrine que nous n'avons pas à trancher ici. Elle ne comporte d'ailleurs qu'une modification peu considérable au point de vue de la technique proprement dite.

Si nous voyons Tuffier (3) se proclamer partisan de la conservation systématique de l'ovaire sain, en remarquant cependant que le bénéfice n'en est ni certain ni constant, « quelques malades présentant malgré cela les « symptômes consécutifs à l'oophorectomie », et après lui Hartmann (4), déclarer qu'il conserve volontiers un ovaire l'orsqu'il est absolument sain, par contre Doyen (5), est absolument opposé à cette conservation. C'est aussi, pensons-nous, l'opinion de la plupart des chirurgiens, c'est du moins ce que nous nous croyons permis de

(1) CHROBAK. *Centr. f. Gyn.*, 1896, n° 20. Cité et traduit par LABUSQUIÈRE, *Ann. de Gyn.*, 1897, p. 226.

(2) JAYLE. *Presse médicale*, 1896 et 1899.

(3) TUFFIER. *Congrès chirurgie*, 1899.

(4) HARTMANN. *Ibid.*

(5) DOYEN. *Congrès chirurgie*, 1899.

conclure de leur silence à l'égard de la conservation et pour Terrier et Quénu, du reste de leur technique, où il est toujours question de l'ablation des annexes des deux côtés sans restriction aucune. M. Monod conserverait volontiers un ovaire sain chez une femme jeune (et c'est ce qui a été fait dans un cas, Obs. XI), mais n'en fait pas sa règle de conduite habituelle, et cette conservation ne serait faite que tout autant qu'on pourrait avoir entre les deux clamps une place suffisante pour faire la section sans qu'ils dérapent.

2^e Temps. — TAILLE DU LAMBEAU PÉRITONÉAL ANTÉRIEUR

L'utérus séparé de la portion supérieure des ligaments larges et en quelque sorte pédiculisé sur son col, on procède à la taille du lambeau péritonéal antérieur. C'est, en effet, le lambeau anté-utérin unique, déjà employé par Kelly, qui nous paraît devoir être la règle.

Le procédé à deux lambeaux, employé en Allemagne par Hofmeier (1), qui recouvre la surface de section du col par les deux lambeaux superposés l'un à l'autre, formant ainsi au col un double revêtement péritonéal est conservé en France par M. Potherat (2) et M. Quénu (3) qui taille un lambeau postérieur à la même hauteur que l'antérieur, et le suture ensuite à ce dernier pour la réfection du plancher pelvien. Pour M. Quénu, le lambeau antérieur unique est un procédé d'exception et de nécessité, lorsque, par suite des adhérences de l'utérus fibromateux au

(1) HOFMEIER. *Ann. de Gyn. et obst.*, 1898, p. 104, figure.

(2) JOUANY. Th. Paris, 1898.

(3) *Cong. fr. de chirurg.*, 1899.

rectum ou à cause des complications septiques péri-utérines, on ne peut trouver d'étoffe pour le lambeau postérieur.

M. Terrier, au contraire, a abandonné de bonne heure le lambeau postérieur, qu'il semble ne faire, en 1896 (1), que par imitation et par souvenir de l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Delagénère. Dès l'année suivante, ne dit-il pas : « J'ai abandonné, le plus souvent, la taille d'un lambeau péritonéal rétro-utérin, et je la remplace par une simple incision transversale portant sur le péritoine et le tissu superficiel de l'utérus, d'ailleurs fort difficile à isoler du revêtement péritonéal, qui lui adhère intimement d'ordinaire » (2). Indépendamment des difficultés parfois très grandes qu'on peut rencontrer dans la confection du lambeau postérieur, ce dernier nous paraît pour le moins inutile et un large lambeau antérieur est toujours suffisant pour restaurer la surface péritonéale. C'est donc à ce lambeau seul qu'on aura recours. C'est maintenant la technique constante de M. Terrier (3).

M. Monod s'attache aussi surtout à avoir un bon et large lambeau antérieur, et suivant le cas, un petit ou pas de lambeau postérieur, le péritoine étant coupé alors avec le col.

Ce large lambeau antérieur est limité en haut par une incision transversale et curviligne allant de l'insertion de l'un des ligaments ronds à l'autre. Le péritoine repéré avec des pinces de Kocher, est détaché de haut en bas, soit avec le doigt, soit avec le bec fermé des ciseaux

(1) *Cong. fr. de chirurg.*, 1896.

(2) *Revue de chirurgie*, 1897, p. 886.

(3) *Revue de chirurgie*, 1898, p. 1147 et *Cong. fr. de chirurg.*, 1899.

mousses. C'est au niveau de la ligne médiane qu'on rencontre le plus de difficultés à cette décortication. La décortication poussée jusqu'au dessous du cul-de-sac vésico-utérin, de manière à atteindre la portion sus-vaginale du col, la vessie est repoussée en avant et en bas et la tumeur attirée en haut, dégagée des uretères.

Une complication spéciale peut être produite par l'adhérence de la vessie au muscle utérin au-dessous du cul de sac vésico-utérin. Entraînée, semble-t-il, par le développement de bas en haut du fibrome, elle envoie un cul de sac au-devant de la masse utérine et ce diverticule, malgré le refoulement du cul de sac vésico-utérin, est attiré par les tractions en même temps que l'utérus et se trouve ouvert, dans les temps suivants, par l'incision de ce qu'on croit n'être que le col, comme cela est arrivé une fois à M. Quénu (1). Dans le cas où on soupçonnerait cette disposition, et afin de lever tous les doutes sur la situation de la vessie, il est bon de prendre la précaution indiquée par ce chirurgien et de faire pousser par un aide dans la vessie une sonde qui en indiquera la direction.

Si on a affaire à un fibrome intra-ligamentaire les uretères, soit soulevés, soit englobés par la tumeur ont perdu leurs rapports normaux et ne se laissant pas refouler par la décortication sous-séreuse, exigent toute l'attention de l'opérateur pour ne pas être blessés.

L'isolement du lambeau antérieur mené à bien, permet d'arriver sur les parties latérales du col et d'y atteindre les artères utérines.

(1) QUÉNU. *Congrès fr. de Chirurgie*, 1899.

3^e Temps. — LIGATURE DES UTÉRINES.

Nous insisterons tout spécialement sur ce troisième temps. Deux points très importants nous paraissent, en effet, assurer la supériorité de l'hystérectomie supra-vaginale : la reconstitution du revêtement péritonéal de la cavité pelvienne, reconstitution préparée par le temps précédent et sur laquelle nous reviendrons plus tard, et l'hémostase dont nous allons maintenant nous occuper. Celle-ci se caractérise par la suppression des gros pédicules et la ligature directe des artères, ce qui permet de la réduire à six ligatures principales (si on lie spécialement le ligament rond), la conservation de la portion vaginale du col supprimant l'hémorragie « assez sérieuse, » dit Routier (1) de la tranche vaginale postérieure et « des angles vaginaux qu'on a souvent à arrêter, malgré « la ligature des utérines » dans l'hystérectomie abdominale totale et celle « des petites branches collatérales de « l'utérine qui donnent souvent beaucoup plus de sang « qu'on ne se plait à le dire ». (Segond) (2).

Si cette hémostase directe est un grand perfectionnement et une simplification de la technique, nous devons nous hâter d'ajouter que de l'exécution rigoureuse de cette hémostase dépend pour une grande partie la bénignité des suites opératoires tant immédiates que tardives.

Grâce à la section de l'étage supérieur des ligaments larges et à l'élévation possible de l'utérus qui en résulte, la décortication du lambeau péritonéal antérieur jusqu'au

(1) ROUTIER. *Comptes-rendus du Congrès français de chirurgie*, 1899, p. 184.

(2) SEGOND. *Revue de gynécologie*, 1897.

col permet d'arriver au voisinage de la portion ascendante de la crosse des artères utérines. On les trouve sur les côtés de ce col « symétriquement quand on a affaire « à un petit utérus ; celui-ci est-il fibromateux, l'une « des artères est portée en avant et l'autre en arrière par « une sorte de torsion de la tumeur sur son axe ». (Terrier).

Les utérines paraissent-elles facilement accessibles (petite tumeur ou utérus dont le col se laisse bien exposer), on peut les découvrir d'abord de chaque côté et les lier au moyen d'un fil passé avec une aiguille mousse à chas mobile, pratiquant ainsi l'hémostase préventive et définitive avant la section du col.

Il est plus rapide, et ce procédé se recommande particulièrement lorsque le développement intra-ligamentaire d'un fibrome a altéré les rapports, de sectionner les utérines et de les pincer au passage en même temps que le col utérin, à la Kelly. Abordant le col par le côté le plus accessible, on coupe droit devant soi et un jet de sang indique qu'on a sectionné l'utérine qui est pincée aussitôt. Le bistouri entame le col et le sectionne complètement jusqu'au côté opposé, tandis qu'on fait basculer le fond de l'utérus vers ce même côté. Ce mouvement a pour effet de relever la surface de section de la portion supérieure de l'utérus. On voit alors apparaître au sommet de l'angle formé par les deux surfaces de section, dans le bord du ligament large d'où se déroule pour ainsi dire l'utérus de bas en haut, la seconde utérine qu'on sectionne à son tour et qui est aussitôt pincée par l'aide attentif. C'est le procédé qui a été le plus souvent employé dans nos observations.

Quel que soit le procédé employé pour la recherche des utérines, et ce procédé est dicté parfois par la disposition du fibrome ou des lésions peri-utérines, hémostase préventive ou hémostase après section, trois points surtout retiendront notre attention :

a) Le siège de la ligature ;

b) Sa nature ;

c) La manière de la fixer.

a) *Siège de la ligature.* — Il faut porter le fil le plus loin possible pour « avoir une hémostase parfaite » (Terrier). C'est en effet de la situation basse de la ligature qu'il dépend d'avoir un moignon cervical étanche et ne pouvons-nous pas voir, avec Hofmeier (1), dans le défaut de ligature assez basse (joint il est vrai aux inconvénients d'un pédicule plus long) une cause d'infériorité pour la méthode intra-péritonéale de Schröder, l'hémorragie sur la surface de section nécessitant dans son procédé des sutures nombreuses et serrées.

Dans l'amputation sus-vaginale, au contraire, la suture du moignon cervical n'a pas grand rôle hémostatique, la surface de section saignant peu, à moins qu'on n'ait voulu l'excaver trop profondément de manière à arriver près de la périphérie du col.

b) *Nature de la ligature.* — Sans avoir la prétention, à propos de l'hystérectomie supra vaginale de traiter complètement la question de la soie et du catgut, pour les ligatures intra-abdominales, rappelons que cette question a été soulevée à deux reprises en 1899, à la *Société de chirurgie*. La première fois à propos d'une communication de M. Monod sur les épiploïtes suites de cures

(1) HOFMEIER. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, p. 102.

radicales de hernies (1), la seconde fois, à la suite d'une communication de M. Quénu (2), sur l'asepsie opératoire et la statistique du pavillon Pasteur.

De ces deux débats, nous retiendrons seulement, avec la préférence exclusive de certains chirurgiens (Pozzi, Jalaguier, Bazy) pour le catgut, que la soie, plus difficile à stériliser lorsqu'elle atteint un certain calibre, présente, même avec une stérilisation parfaite, une infériorité réelle due à sa persistance dans les tissus. Elle peut devenir ultérieurement la source d'accidents, soit parce que la ligature est placée dans un milieu qui n'est pas absolument aseptique, soit parce que coupant le moignon sur lequel elle est appliquée, elle arrive au contact d'un contenu septique (Reynier). Enfin, sans s'expliquer le mécanisme, on voit s'éliminer quelquefois très longtemps après, des fils de soie très bien tolérés au début, témoin le cas de la malade opérée d'éventration, cité par Bazy (3), chez laquelle, après une réunion par première intention, on vit se produire l'élimination des fils de soie un an après. Avec l'asepsie du fil, le peu d'épaisseur des tissus serrés, la minceur du fil rendent plus grande la tolérance des tissus à son égard et c'est pour cela que M. Quénu emploie le *fil d'Alsace*, plus résistant sous un moindre volume, avec lequel il lie les utérines et les utéro-ovariennes dans l'hystérectomie sus-vaginale et fait le surjet péritonéal.

Quoique se rapportant à l'hystérectomie abdominale totale, il nous paraît intéressant de rappeler l'évolution progressive de M. Routier (4) passant de la ligature élastique à la soie, puis au catgut « qu'il emploie maintenant

(1) *Bull. Soc. de chir.*, 1899, p. 449.

(2) *id.* p. 344.

(3) BAZY. *Bull. Soc. de chir.*, 1899.

(4) ROUTIER. *Congrès français de chirurgie*, 1899. *Comptes-rendus*, p. 184.

exclusivement ». Dans sa série à la soie, il rapporte un cas de mort au dixième jour. « A l'autopsie, on trouva un énorme abcès sous-cœcal, non d'origine appendiculaire et que j'expliquai par une lymphangite partie d'une ligature ». (Routier).

La défiance à l'égard de la soie nous paraît d'autant plus légitime que souvent le fibrome qu'on enlève s'accompagne de lésions suppurées des annexes, exigeant des manœuvres de décortication parfois longues et laborieuses et qu'un drainage sera alors nécessaire. Enfin, l'hystérectomie sus-vaginale, en dehors des fibromes, tend à devenir une opération complémentaire de l'extirpation bi-latérale des annexes et on trouve alors réunies de nouveau les conditions défavorables de milieu septique et de drainage consécutif. Comment, dans les deux cas ne pas craindre, à défaut d'autres accidents immédiats, l'élimination plus ou moins tardive des fils de soie ?

Un exemple intéressant de cette élimination nous est fourni par une de nos observations (obs. I). Nous y voyons une malade avec des suites opératoires immédiates bonnes, conserver une fistule abdominale persistante et ne guérir définitivement qu'après élimination successive de toutes ses ligatures à la soie (utérines et utéro-ovariennes), élimination facilitée par l'ablation secondaire du moignon cervical.

En présence de ces inconvénients de la soie, nous pensons que l'on doit se rallier complètement avec notre maître M. Monod à l'emploi du catgut, non seulement pour la suture du col et le surjet péritonéal, mais pour toutes les ligatures, y compris les deux utérines, pour lesquelles seules Noble (1) conserve la soie.

(1) NOBLE, *Annales de Gynécologie*, 1897, p. 63.

Bouilly (1) emploie la soie pour la ligature des utérines et des utéro-ovariennes et le catgut pour le surjet péritonéal. Terrier (2) fait à la soie ligatures et surjet.

Sur les 21 observations que nous rapportons à la fin de ce travail, dans deux, toutes les ligatures ont été faites à la soie (l'une d'elles est celle qui a donné lieu à l'élimination dont nous avons parlé plus haut) ; dans trois autres cas il n'a été mis de soie que sur les utérines. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire 16, tous les surjets et ligatures (utérines comprises), ont été faits au catgut, sans que nous ayons de ce chef à signaler d'incidents consécutifs. Un cas d'hémorragie immédiate (ob. XIII) est imputable non au glissement d'une ligature, mais à un vaisseau du ligament rond qui avait échappé à l'hémostase, grâce au bouleversement des rapports, par un kyste ovarique inclus.

M. Bouglé nous a dit avoir observé un cas d'hémorragie immédiate (dans les 12 heures), après une hystérectomie sus-vaginale où les ligatures avaient été faites au catgut, hémorragie attribuable au glissement de la ligature, probablement insuffisamment serrée. Il n'en reste pas moins très partisan de l'emploi du catgut, surtout lorsque les ligatures ne pourront être complètement enfouies sous le péritoine.

Le glissement plus facile du catgut est en effet l'objection qu'on pourrait faire à son emploi et avec lui les ligatures doivent être faites avec une attention encore plus grande. Mais la soie elle-même n'est pas exempte de tout reproche à cet égard, témoin l'observation

(1) BOUILLY. *Congrès français de chirurgie*, 1899.

(2) TERRIER. *Revue de chirurgie*, 1898, p. 1148.

rapportée par M. Terrier (1) dans la *Revue de Chirurgie*, observation que nous croyons pouvoir citer bien qu'il s'agisse d'un cas d'hystérectomie abdominale totale, le seul point qui nous intéresse ayant trait à la ligature. Il s'agit d'une malade ayant subi pour des fibromes multiples et volumineux (3 kilog. 720 gr.) une hystérectomie abdominale totale. « L'hémostase avait été assez difficile et la durée de l'opération 4 h. 1/2. La malade succombe au 3^e jour. A l'autopsie, on constate que la ligature de l'utérine gauche, formée de deux anses de soie trop volumineuse, ne serrait pas assez le vaisseau et les tissus voisins. L'excavation pelvienne était remplie de caillots ».

Nous retiendrons de cette observation la conclusion qu'en tire M. Terrier lui-même : « qu'il ne faut pas pour ces ligatures utiliser un fil trop gros, car il peut glisser après avoir été serré insuffisamment, et donner lieu à une hémorragie intra péritonéale » principe applicable aussi bien au catgut qu'à la soie.

C'est le danger du glissement de la ligature qui nous engage à dire quelques mots dans notre troisième paragraphe du mode de la ligature.

c) *Mode de la ligature.* — La ligature doit être aussi immédiate que possible, prenant le vaisseau isolé, ou entouré de très peu de tissu voisin. Cette condition assez souvent difficilement réalisable pour les utéro-ovariennes, peut se trouver réalisée beaucoup plus facilement pour les utérines, soit qu'on les ait isolées préalablement avant la section du col, soit que coupées en même temps que celles-ci, elles aient été pincées aussitôt.

(1) TERRIER, *Revue de Chirurgie*, p. 1111, obs. XVIII.

Mais surtout, précaution que nous regardons comme essentielle pour toutes ces ligatures, l'anse du fil doit être passée, ainsi que le recommande Delagenière (1), avec une aiguille de Reverdin mousse, au travers des tissus voisins, tissu du ligament large, ou paroi externe du col de l'utérus, pour l'artère utérine. La ligature se trouve ainsi solidement amarrée, ce qui supprime toute chance de glissement.

Le catgut doit être serré fortement par traction soutenue et progressive. Trois nœuds superposés (Monod) l'empêchent de se deserrer.

4^e et 5^e Temps. — SECTION DU COL ET SUTURE DE LA FRANCHE DE SECTION

Après ou sans hémostase préalable, suivant la marche que l'on a adoptée à l'égard des utérines, on sectionne le col aux ciseaux ou au bistouri à 1 cent. ou 1 cent. 1/2 au-dessus de l'insertion vaginale, sur une compresse placée dans le cul-de-sac postérieur et en faisant basculer l'utérus vers le côté opposé à celui où l'on a commencé la section. La tumeur enlevée, la surface de section est rapidement époncée et la cavité cervicale désinfectée par une vigoureuse cautérisation au thermo-cautère.

Si le moignon est trop volumineux, on peut éviter sa partie centrale, en ayant soin de ne pas pousser cet évidement trop vers la périphérie, si l'on veut éviter l'hémorragie (Quénu). Puis, un surjet transversal au catgut, un peu serré, réunit le bord antérieur au bord postérieur

(1) DELAGENIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, p. 114.

de la surface de section du moignon utérin et ferme la cavité cervicale. A ce moment là, on fait l'hémostase définitive en substituant aux pinces des ligatures suivant le mode que nous avons exposé plus haut, pour ne pas scinder ce qui a trait à l'hémostase.

6^e Temps. — RECONSTITUTION DU PLANCHER PÉRITONÉAL

Le lambeau péritonéal antérieur est rabattu au-dessus du moignon ainsi suturé, et réuni au péritoine rétro-utérin par un surjet dont les points sont passés à la Lembert. Ce surjet est continué latéralement à droite et à gauche pour réunir les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur de la base du ligament large, de manière à fermer la surface cruentée résultant de la section de ces ligaments. Au-dessous de cette suture sont enfouies les ligatures des utérines et des utéro-ovariennes. Les points doivent être assez rapprochés pour ne permettre aucun suintement sanguin. On restitue ainsi au petit bassin un revêtement péritonéal, lisse et étanche, traversé de gauche à droite par une ligne de suture convexe en arrière à sa partie moyenne et s'étendant de l'extrémité externe d'un pédicule utéro-ovarien à celui du côté opposé.

« Cette péritonisation de toutes les surfaces cruentées, qui doit, à l'heure présente, être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale » (Quénu)⁽¹⁾, n'appartient pas seulement à l'hystérectomie sus-vaginale, mais elle acquiert ici une importance particulière. Le lambeau péritonéal rabattu sur le col, forme

(1) QUÉNU. *Revue de chirurgie*, juillet 1900, p. 8.

une barrière de plus contre l'infection partie du moignon, une des terreurs, parfois justifiée d'ailleurs, avec l'hémorragie, des chirurgiens auxquels elle avait suggéré la méthode extra-péritonéale de traitement du pédicule.

La suture péritonéale complète l'hémostase, supprime tout suintement sanguin intra-péritonéal et réalise cette siccité qui est la meilleure condition de guérison simple. Plus de ce sang « qui, lorsqu'il est épanché hors des « vaisseaux, est mort, perd son pouvoir bactéricide et « devient un milieu de culture parfait ». (Tuffier).

Enfin et surtout, sur cette surface péritonéale lisse et continue, les viscères abdominaux reprennent leur glissement normal; il ne se forme pas, comme lorsqu'on laisse des pédicules saillants ou des surfaces cruentées, ces adhérences, source pour plus tard de tiraillements et de douleurs, ou cause d'accidents plus graves d'occlusion intestinale immédiate ou tardive.

La crainte de ces accidents n'est pas purement théorique ainsi qu'en témoigne l'observation d'une malade chez laquelle M. Quénu (1) dut intervenir pour des accidents graves d'obstruction intestinale. Ces accidents étaient causés ainsi que le démontra l'opération, par l'adhérence d'anses grêles à la collerette cicatricielle du vagin consécutive à une hystérectomie vaginale pratiquée 3 ou 4 ans auparavant. Nous citerons également un cas d'obstruction précoce survenue le 4^e jour après une hystérectomie vaginale et dans lequel le même chirurgien (2), fut assez heureux pour obtenir la guérison en décollant avec le doigt par le vagin, les anses intestinales

(1) QUÉNU. *Congrès français de chirurgie*, 1899, *Comptes-rendus*, p. 63.

(2) QUÉNU. *Gaz. Hôp.*, 31 mars 1895.

déjà adhérentes à la collerette vaginale. D'autres exemples sont rapportés par Giresse (Thèse de doctorat, Paris, 1895-96).

N'y a-t-il pas là de quoi justifier l'utilité de la reconstitution du revêtement péritonéal?

La nécessité de cette reconstitution, à cause des avantages qu'on en retire, peut devenir par elle-même une indication d'hystérectomie sus-vaginale, en dehors des fibromes, comme opération complémentaire de l'ablation de tumeurs des annexes, comme M. Quénu en donne quelques exemples (*Revue de chirurgie*, juillet 1900).

Cette reconstitution peut cependant rencontrer des difficultés presque insurmontables, provenant particulièrement de la présence de lésions inflammatoires du Douglas (obs. III). Pour se débarrasser d'annexes prolabées et fortement adhérentes ou de kystes péri-annexiels, on est amené à prendre un plan de clivage rétro-péritonéal en pelant littéralement le petit bassin. On manque alors d'étoffe pour la réparation et c'est seulement en se ménageant un lambeau antérieur de grandes dimensions et le suturant à la tunique séreuse du rectum et de l'anse sigmoïde, qu'on pourra arriver à recouvrir la large surface cruentée laissée par le départ du péritoine rétro-utérin.

Enfin on peut être obligé d'enlever le péritoine lui-même altéré (obs. XVIII), ce qui met obstacle à la reconstitution du plancher pelvien.

Ce temps de réparation terminé, il ne reste plus après toilette du petit bassin qu'à fermer la paroi abdominale avec ou sans drainage. Mais auparavant nous dirons un mot de certaines difficultés qui viennent compliquer les premiers temps de l'hystérectomie.

Les lésions chroniques et anciennes des annexes, par les adhérences qui les entourent, fixent l'utérus fibromateux et il peut être nécessaire, dans ce cas, de libérer et d'extirper les annexes malades dans un temps préliminaire avant de s'occuper du fibrome. C'est la partie essentielle de l'opération lorsqu'on fait l'hystérectomie sus-vaginale comme complément de la castration annexielle bilatérale. Notre observation V en fournit un exemple.

Des difficultés également considérables proviennent de la présence d'une tumeur incluse. Celle-ci dédoublant le ligament large, ne peut plus être pédiculisée par le temps de libération pédiculaire supérieure. On n'en vient à bout qu'en faisant une large boutonnière sur le péritoine qui la recouvre et cherchant au-dessous un plan de clivage, comme cela a été fait pour notre observation XIII.

Son isolement devient dès lors une affaire de patience et d'habileté opératoire, plus qu'elle ne relève de règles techniques précises, chaque cas apportant ses indications particulières.

C'est dans ces cas que l'uretère, tantôt englobé entre deux lobes de la tumeur, tantôt soulevé par elle, vient s'offrir au bistouri de l'opérateur, au lieu de rester caché dans la profondeur au-dessous du niveau de section des utérines et du col, comme dans l'opération typique. Il faut redoubler de prudence pour éviter de blesser ce canal.

FERMETURE DE L'ABDOMEN

Le revêtement péritonéal reconstitué, le petit bassin est asséché avec des compresses montées. On relève la

barrière d'éponges qui maintenait l'intestin refoulé et la malade étant remise horizontale, celui-ci reprend sa place dans le petit bassin. On procède alors à la fermeture de la paroi.

M. Terrier l'exécute par une suture en trois étages, que M. Quénu fait au fil d'Alsace.

M. Monod ferme constamment la paroi abdominale par un seul plan de sutures au moyen de crins doubles pour avoir une force suffisante. Cette suture est faite au moyen d'une grande aiguille courbe, pénétrant dans la peau à 1 centimètre environ du bord de l'incision, s'enfonçant obliquement en dehors pour prendre une plus grande quantité du muscle droit et ressortant du côté péritonéal, en prenant la séreuse, à 1 centimètre du bord libre comme pour la peau. La même manœuvre est répétée dans la lèvre de la paroi du côté opposé. Le crin double une fois en place forme ainsi une anse elliptique comprenant dans sa concavité peu de peau, beaucoup de muscle, peu de péritoine, et assurant lorsqu'elle est serrée le parfait affrontement des trois plans. 4, 5 ou 6 crins doubles, suivant la longueur de l'incision, sont ainsi placés. Entre eux, quelques crins simples, superficiels, complètent la fermeture de la peau.

Les crins sont enlevés le 10^e ou 11^e jour.

Cette suture, dont les excellents résultats ont été déjà consignés dans la thèse de Degorce (Paris, 1899) a pour avantage de supprimer tout espace mort sous-cutané où peut se faire, dans la suture à étages, un épanchement par suintement, la compression même avec un bandage bien serré ne pouvant s'exercer bien efficacement en raison de l'absence de plan résistant sous-jacent. Elle

reconstitue une bonne sangle musculaire s'opposant à une éventration consécutive. Enfin, on ne laisse aucun fil permanent dont on pourrait craindre l'élimination ultérieure.

Cette suture à un seul plan comprenant toute la paroi n'est du reste pas employée uniquement par notre Maître. M. Routier disait en 1899 (1) : « Après quelques tentatives de suture à plusieurs plans, je suis redevenu fidèle depuis déjà bien longtemps à la suture en un seul plan, que je pratique avec une très forte aiguille de Reverdin et deux crins de Florence afin d'avoir un lien de force suffisante ».

M. Ricard ferme systématiquement la paroi abdominale par un seul plan au fil d'argent et nous avons vu plusieurs fois M. Tuffier le faire avec un seul plan de fil de bronze aluminium. Quel que soit le fil employé, pourvu qu'il soit facilement stérilisable et non susceptible d'imbibition par capillarité (ce qui est une cause d'infériorité pour la soie), le principe reste le même, absence de fil permanent abandonné dans les tissus.

DRAINAGE

La paroi sera refermée complètement dans les cas simples et lorsque la reconstitution péritonéale complète assure la siccité du petit bassin (obs. VIII, XII et XX).

Si l'immobilisation de la tumeur utérine, si la présence d'annexes suppurées et adhérentes ont nécessité des manœuvres de décortication laborieuses et la rupture de

(1) ROUTIER. *Congrès français de chirurgie*, 1899.

nombreuses adhérences, à plus forte raison, s'il y a eu rupture de poche purulente (obs. VII), enfin si l'étanchéité de la cavité pelvienne n'est pas aussi parfaite qu'on le désirerait et qu'on ait été obligé de laisser des surfaces cruentées non recouvertes du périloine (obs. III et IV), il sera nécessaire de pratiquer le drainage. C'est toujours au drainage abdominal qu'on aura recours (Monod, Terrier, Quénu, Bouilly) et non au drainage vaginal.

Un gros tube de caoutchouc entouré de gaze stérilisée est placé verticalement dans le petit bassin avant la suture de la paroi et vient sortir par l'angle inférieur de l'incision abdominale. Une partie de la gaze stérilisée (obs. IV) ou une mèche spéciale est appliquée en tamponnement sur les surfaces cruentées dont on pourrait craindre le suintement.

Ce drainage est enlevé 48 heures après l'opération et remplacé par un tube de caoutchouc plus petit, qui, suivant le cas, est supprimé lui-même le lendemain ou les jours suivants.

On assure ainsi par la plaie abdominale un drainage très suffisant de la cavité pelvienne. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on aura recours à un drainage vaginal, sous-péritonéal si on a pu isoler par un revêtement péritonéal la surface à drainer (obs. XIV), intra-péritonéal dans le cas contraire.

SOINS CONSÉCUTIFS

Ce sont ceux de toute intervention abdominale. Diète et boisson fréquente mais peu abondante le jour et le

lendemain de l'opération. Injection de morphine et, s'il y a lieu, injection sous-cutanée de sérum (lorsqu'il y a un choc opératoire considérable). Purgation ou lavement, suivant le cas, le 3^e ou 4^e jour. Les crins sont enlevés le 10^e ou le 11^e jour, et si tout va bien, la malade peut se lever du 21^e au 25^e jour.

DEUXIÈME PARTIE

Résultats

L'hystérectomie abdominale sus-vaginale réalise au maximum les desiderata que devait remplir, d'après Segond (1), le meilleur procédé d'hystérectomie abdominale totale :

1° Assimiler l'hystérectomie à l'ablation d'une tumeur quelconque ;

2° Rendre l'intervention exclusivement abdominale, sans la combiner à des manœuvres vaginales plus ou moins complexes ;

3° Suppression des ligatures en masse avec des fils énormes ;

4° Découverte méthodique et ligature successive des vaisseaux, d'après les règles habituelles de l'hémostase ;

5° Éviter le contact des intestins avec de gros moignons rugueux, ou des surfaces dénudées plus ou moins étendues.

A l'égard des conditions requises par le 2° paragraphe, une supériorité incontestable appartient à l'hystérectomie sus-vaginale qui, non seulement supprime toute manœuvre vaginale, mais du fait même de la conservation de la portion vaginale du col, laisse le vagin complètement

(1) SEGOND, *Société de chirurgie*, 21 juillet 1897.

fermé et rend plus improbables les chances de contamination vaginale, « la désinfection du vagin, dit Quénu (1), étant illusoire dans la plupart des cas ». D'autres avantages, que nous ne ferons qu'énumérer, résultent de la substitution de la section sus-vaginale du col à la désinsertion des culs de sac vaginaux, comme cela a lieu dans l'hystérectomie abdominale totale :

Rapidité plus grande d'exécution ;

Suppression de l'hémorragie de la tranche vaginale et de son hémostase quelquefois longue et difficile ;

Danger moindre, excepté dans les cas exceptionnels, de blesser les uretères qui, ainsi que l'a montré Delbet (2), sont en rapport, lorsque l'utérus est attiré en haut, non plus avec le col utérin, mais avec le dôme vaginal.

Les résultats opératoires confirment-ils les avantages que semblent promettre ces considérations théoriques ? C'est ce que vont nous permettre de prouver quelques données statistiques.

Pour commencer par les faits qui nous sont personnels, nous apportons à la fin de ce travail 21 observations d'hystérectomie sus-vaginale, représentant la statistique intégrale de M. Monod pendant les deux dernières années. Sur ces 21 opérations, il y a eu 20 guérisons et 1 décès (obs. XV). Encore ce décès vaut la peine qu'on s'y arrête. Il s'agissait d'une malade ayant depuis sept jours fait une fausse couche avec rétention placentaire dans un utérus fibromateux. La malade était profondément infectée au moment de l'opération ainsi qu'en

(1) QUÉNU, *Congrès français de chirurgie*, 1899.

(2) DELBET, *Congrès français de chirurgie*, 1900.

témoignent la température 39°8 et le pouls 120. Ainsi que le dit M. Monod dans la note qu'il a bien voulu nous remettre à ce sujet, c'était un cas qui relevait non de l'hystérectomie sus-vaginale mais de l'hystérectomie totale. Même avec cette dernière opération la malade eût-elle survécu ? L'infection semblait avoir dépassé l'utérus au moment où a eu lieu l'intervention opératoire. Quoi qu'il en soit, si nous comptons ce décès au passif de l'hystérectomie sus-vaginale, nous arrivons pour ces observations personnelles à une mortalité inférieure à 5 %, exactement 4,75.

Sur les 20 cas de guérison, 12 hystérectomies ont été faites pour des fibromes simples.

1 pour kyste de l'ovaire avec greffe sur l'utérus (obs. XVI), 1 pour sarcome végétant des deux ovaires avec envahissement du péritoine des ligaments larges. (obs. XVIII).

Les 6 autres cas étaient compliqués de lésions annexielles, notamment trois fois des kystes inclus (obs. V, XIII et XIV), une salpingite suppurée (obs. VII), un kyste à pédicule tordu (obs. X), un cas avec double salpingite (obs. III) et représentent des interventions d'une gravité particulière.

Si nous nous adressons maintenant à des statistiques plus étendues, nous voyons les résultats de l'hystérectomie sus-vaginale être incomparablement meilleurs que ceux de l'hystérectomie totale.

Nous ne citerons que la statistique globale donnée par Ricard au *Congrès de chirurgie* de 1899,

Réunissant aux 826 cas déjà cités par Longuet 232 cas plus récents, ce qui forme un total de 1,058 cas, il

constate que la mortalité oscille entre 4 et 4,5 p. 0/0 pour l'hystérectomie sus-vaginale.

D'autre part, sur un total de 1,232 cas d'hystérectomie totale (1,205 réunis par Longuet, 207 réunis par Ricard), il arrive à une mortalité de 9,68 p. 0/0.

On pourrait objecter que l'hystérectomie sus-vaginale venant après la totale bénéficie non seulement du perfectionnement de la technique générale, mais aussi du perfectionnement individuel de chaque chirurgien.

Pour répondre à cette objection, il nous paraît intéressant de citer la statistique comparée et parallèle, communiquée par M. Terrier au *Congrès des Sciences médicales* de 1900 (1).

En 1897, 26 opérations d'hystérectomie supra-vaginale donnent 15,38 p. 100 de mortalité, et 19 d'hystérectomie abdominale totale, 15,78 p. 100 de mortalité.

En 1898, 24 sus-vaginales et 4,16 p. 100 de mortalité;
— 6 abdominales totales 33,33 p. 100 de mortalité.

En 1899, les hystérectomies sus-vaginales donnent 6,14 p. 100 et les totales 20 p. 100 de mortalité.

En 1900, la mortalité s'est abaissée à 5,35 p. 100 pour les hystérectomies sus-vaginales, 10 p. 100 pour les totales.

Nous voyons donc pour chaque période la mortalité pour hystérectomie sus-vaginale rester constamment inférieure à la mortalité pour hystérectomie abdominale totale.

Enfin la statistique globale de M. Terrier, portant sur

(1) TERRIER, In *Compte rendu de la Section de gynécologie*, publié dans les *Ann. de gyn. et obstétr.*, 1900.

200 hystérectomies abdominales sus-vaginales et totales donne :

7,09 p. 100 de mortalité pour les premières.

20 p. 100 — pour les secondes.

Nous reportant maintenant à la statistique globale déjà citée, de M. Ricard, nous pouvons dire avec lui, dans son rapport au *Congrès de Chirurgie* de 1899 :

« Que montrent ces chiffres, portant sur un nombre considérable de cas, sinon la supériorité éclatante de la supra-vaginale dont la mortalité est plus de moitié moindre que celle de l'hystérectomie totale ? C'est donc le moment de dire que nous sommes en possession du procédé définitif d'hystérectomie, car ces 4,50 pour 100 de mortalité ne nous paraissent pas pouvoir être abaissés, la mort pouvant dépendre de nombreuses causes que ne peuvent éviter ni l'habileté de l'opérateur, ni la perfection de la technique ».

Ce sera là notre conclusion, comme c'était la conviction de la plupart des orateurs qui ont pris la parole après M. Ricard, au *Congrès* de 1899.

OBSERVATIONS

Toutes les observations que nous rapportons sont dues à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Ch. Monod. Après nous avoir inspiré l'idée de ce travail, il nous a donné les moyens de l'exécuter, nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance. Il a bien voulu nous communiquer ses observations d'hôpital et rédiger pour nous ses observations de ville. Pour les unes et pour les autres il nous a donné, avec les plus grands détails, la technique suivie dans chaque opération. Nous l'en remercions tout particulièrement, c'est la partie la plus intéressante de notre travail.

OBSERVATION I

Fibromes multiples de l'utérus. — Hystérectomie sus-vaginale. — Guérison avec fistule persistante au fond du vagin. — Ablation consécutive du col utérin et des fils de soie origine et cause de la fistule.

M^{me} P. . . , 43 ans (malade de ville).

Antécédents. — Bonne santé habituelle. Pas d'enfants. Règles régulières. Elle ne s'est aperçue du développement de son ventre que depuis un mois, à propos d'un accès de fièvre avec douleur et léger ballonnement survenu vers le milieu d'octobre 1898.

État actuel (8 novembre 1898). — La crise douloureuse et fébrile est calmée. On peut explorer le ventre et reconnaître qu'il est occupé par une tumeur volumineuse, dure, siégeant dans la fosse iliaque droite, remontant presque jusqu'à l'ombilic. Par le palper combiné,

on constate que cette tumeur est peu mobile, se meut avec l'utérus, avec lequel elle est donc en étroite connexion.

Il existe de plus deux masses analogues moins volumineuses à gauche de l'utérus auquel elles sont aussi rattachées.

Le diagnostic de fibrome utérin s'impose. On peut ajouter que ces tumeurs appartiennent sans doute à la variété des fibromes sous-péritonéaux, à cause de leur mobilité relative et de l'absence de métrorrhagies.

OPÉRATION, le 28 novembre 1898. — Conduite à l'ordinaire.

Incision sous-ombilicale.

Grosse masse sous-péritonéale à droite. Deux masses volumineuses à gauche enclavées dans le petit bassin. Le tire-bouchon implanté dans la tumeur droite l'amène facilement. Les autres suivent après vigoureuses tractions.

Les ligaments larges sont pris entre des clamps des deux côtés et sectionnés.

Incision du péritoine en avant et en arrière et refoulement de la vessie.

Ligature des utérines (soie) avec l'aiguille mousse au ras de l'utérus.

Section du col au bistouri et cautérisation.

Surjet au catgut sur le moignon utérin.

Ligature des utéro-ovariennes à la soie, double fil entrecroisé.

Deuxième surjet au catgut péritonéal réunissant les deux lambeaux séreux et enfouissant non seulement le moignon utérin et les ligatures des utérines mais aussi celles des utéro-ovariennes, Mickulicz à la gaze stérilisée et drain.

Surjet au catgut sur le péritoine. Peau et muscles suturés en un seul plan (crin double).

Durée, 1 h. 15. Poids de la tumeur, 770 grammes.

Suites immédiates. — Bonnes. La température et le pouls restent normaux. Aucun phénomène de réaction locale.

Le Mickulicz est retiré au bout de 48 heures et remplacé par un simple drain. Celui-ci est lui-même enlevé le 4^e jour. Les fils de suture sont enlevés le 9^e jour.

Tout allait donc bien, sauf que contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, l'orifice du passage du drain, retiré cependant de bonne heure, ne se comble pas. Il fournit un suintement d'abord séreux qui peu à peu devient purulent,

Il fallut, 17 jours après l'opération, réintroduire un drain qui pénétra à fond dans le petit bassin et par lequel furent faites des injections modificatrices : eau oxygénée, teinture d'iode, etc... Rien n'y fit, la suppuration persistait et la malade retourna chez elle le 23 janvier 1899, bien portante, mais conservant une fistulette purulente.

19 mars 1899. — Ablation secondaire du col.

Cet état persistant, M. Monod se décide à ouvrir largement le fond de ce trajet suppurant et pour cela, de faire l'ablation de la portion vaginale du col, laissée en place lors de la première intervention. Cette ablation est faite très simplement suivant le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Dans cette manœuvre, s'ouvre un petit foyer purulent d'où s'échappe un double fil de soie entrecroisé (fil de l'utéro-ovarienne).

Suites de cette intervention. — L'orifice abdominal se ferme assez promptement, mais pour se rouvrir de nouveau sous forme de fistulette à sécrétion minime. Elle n'est définitivement fermée que le 28 mai.

Entre temps, la malade rend par le vagin deux fils simples le 18 et le 25 mai (fil des utérines).

Le 29 juin, enfin, M. Monod extrait un dernier gros fil de soie entrecroisé (2^e fil des utéro-ovariennes).

Le 6 juillet, tout est complètement fermé.

M. Monod a revu la malade à diverses reprises et tout récemment encore (janvier 1901). La guérison reste définitive.

(OBSERVATION II

Fibromes utérins multiples. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

B. . ., Alphonsine, 41 ans, domestique, entrée à la salle Cruveilhier le 28 décembre 1898.

Antécédents. — Rien d'anormal jusqu'à il y a deux ans et demi. A cette époque, la malade remarque l'apparition d'une grosseur dans la région inférieure de l'abdomen non douloureuse spontanément, sensible plutôt que douloureuse à la pression. Cette tumeur augmente progressivement remontant vers l'ombilic. Pas de métrorrhagies. Règles abondantes.

Etat actuel, 29 décembre 1898. — La palpation de l'abdomen permet de reconnaître la présence de la tumeur dont parle la malade. On sent trois masses, l'une remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la plus importante, du volume du poing, et deux masses latérales à droite et à gauche de la première avec laquelle elles se confondent par leur base et plus petites qu'elle. Le toucher vaginal, par les mouvements transmis, confirme l'origine utérine de ces tumeurs de consistance dure, et permet de constater dans le cul-de-sac de Douglas la présence d'une autre masse très dure du volume d'une orange faisant également corps avec l'utérus.

OPÉRATION, le 21 janvier 1899. — Laparotomie médiane, incision de l'ombilic au pubis. Extraction facile de la tumeur au tire-bouchon. Nombreux fibromes superficiels, masse profonde incluse dans le petit bassin. Prise des ligaments larges entre deux clamps, à droite, puis à gauche et section. Taille de deux lambeaux péritonéaux en avant et en arrière par deux incisions rejoignant les sections latérales. Refoulement de la vessie.

Ligature facile des utérines au ras du col avec l'aiguille mousse et des fils de soie.

Section transversale du col. Cautérisation de sa cavité au thermo-cautère. Ligature des utéro-ovariennes au catgut.

Fermeture de la tranche du col. Deux plans de catgut superposés enfouissant les ligatures des utérines. Le deuxième plan ramène sur le col les deux lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur.

Mickulicz avec drain entouré de gaze stérilisée.

Fermeture de la paroi par un seul plan (crin double), après mise à nu des deux muscles droits.

Durée totale : 40 minutes. Poids de l'utérus fibromateux : 1030 grammes.

Suites opératoires normales, sans élévation de température. Le Mickulicz est enlevé 48 heures après l'opération et remplacé par un drain plus petit supprimé lui-même complètement trois jours après (le 26 janvier).

Ablation des crins, le 30 janvier. Réunion par première intention excepté au niveau du drainage.

La malade sort guérie complètement le 21 février.

OBSERVATION III.

*Fibrome utérin. — Salpingite double. — Hématocèle rétro-utérine.
Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.*

L..., Marie-Louise, 49 ans. Entrée au Pavillon Gosselin le 28 mars 1899.

Antécédents. — Toujours réglée régulièrement et sans douleurs jusqu'en 1897. A ce moment ses règles deviennent plus abondantes et elle perd du sang plusieurs fois par mois, douleurs et pesanteur dans le bas ventre.

Il y a 9 mois, phlébite dans la jambe gauche, il reste à la suite des douleurs persistantes.

Etat actuel, 28 mars 1900. — Les métrorrhagies continuent irrégulièrement et l'examen de la malade permet de reconnaître un fibrome remontant jusqu'à l'ombilic.

OPÉRATION, le 20 avril 1900. — Un clamp est mis de chaque côté sur les ligaments larges, qui sont sectionnés au voisinage de l'utérus. Ligature des utérines. Section du col et cautérisation. Mais au cours de ces diverses manœuvres tendant à l'extraction de la tumeur, un flot de sang noir sort de derrière l'utérus, provenant d'une hématocèle rétro-utérine. Cette hématocèle provient de la trompe droite. Les annexes gauches étant aussi reconnues malades (trompe kystique), on procède après coup à l'ablation des annexes des deux côtés. — Suture du moignon cervical en surjet. — Il est impossible de trouver un lambeau péritonéal suffisant pour recouvrir le col. Le péritoine rétro-utérin altéré par l'hématocèle se déchire. Il faut se contenter d'un drainage à la Mickulicz à la gaze stérilisée, tamponnant la surface dépourvue de péritoine.

Suture de la paroi en un seul plan (erin double).

Suites opératoires normales. Une seule élévation de température à 38° le second jour. — Ablation de Mickulicz 48 heures après l'opération, remplacé par un drain complètement supprimé 48 heures plus tard. Ablation des fils le 9^e jour.

La malade sort complètement guérie le 12 mai 1899.

OBSERVATION IV.

Fibrome utérin. — Métrorrhagies. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Van Br..., Louise, 42 ans, lingère, entrée à la salle Cruveiller, le 26 avril 1899.

Antécédents. — Toujours bien réglée. Pas d'enfants.

Il y a trois ans, commence à souffrir des reins, puis dans l'abdomen. En même temps ses règles deviennent plus abondantes, puis les pertes sanguines se rapprochent et la malade arrive jusqu'à avoir des métrorrhagies tous les huit jours environ. Les douleurs ont aussi augmenté.

Etat actuel, 27 avril 1899. — Par le toucher combiné à la palpation abdominale on sent une grosse tumeur, dure, faisant corps avec l'utérus, occupant le cul de sac latéral gauche, absolument immobile et enclavée dans le petit bassin et dont une partie remonte vers la cavité abdominale où elle est perçue, à travers la paroi, par la main abdominale du côté gauche de la région hypogastrique et débordant un peu la ligne médiane.

Opération, le 2 mai 1899. — L'opération est conduite comme celle de B... et de L... (Obs. II et III). Mais la tumeur enclavée dans le petit bassin sort mal sous les tractions du tire bouchon, et par suite de son siège à gauche très latéralement, on éprouve de grandes difficultés à placer les clamps latéraux sur le ligament large gauche. Ce ligament large est coupé trop en dehors et laisse à découvert, dépourvue de péritoine, la fosse iliaque gauche. Cette surface cruentée est l'objet d'un drainage supplémentaire, une partie de la gaze du Mickulicz étant appliquée sur la fosse iliaque gauche et ressort par la partie inférieure de l'incision avec la partie qui draine le petit bassin. Suture de la paroi en un plan.

Suites opératoires normales, si ce n'est l'infection secondaire de deux points de suture voisins de l'orifice de drainage, ce qui prolonge un peu le séjour de la malade à l'hôpital jusqu'au 22 juin. La solidité de la paroi n'en est du reste pas altérée. D'excellentes nouvelles de la malade ont été reçues en janvier 1900.

OBSERVATION V.

Double kyste inclus, d'origine annexielle. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Bl..., Joséphine, 38 ans, entrée à la salle Cruveilhier, le 4 décembre 1899.

Antécédents. — Réglée à 16 ans. Règles normales, régulières, sans douleurs. Pas de grossesse.

Depuis fin août 1899 jusqu'au commencement de décembre, métrorrhagies très abondantes, avec expulsion de caillots et coliques. Douleurs à la marche dans les deux régions annexielles, avec irradiations dans les cuisses. La malade continue ses occupations jusqu'au commencement de décembre où ne pouvant plus marcher elle entre à l'hôpital. Jamais de fièvre, ni de vomissements.

Etat actuel, 4 décembre 1899. — Toucher : col petit, situé haut et en avant, non entrouvert.

Les culs de sacs sont occupés par deux masses remontant plus haut à gauche, dépassant de quatre travers de doigt le pubis, accolées à l'utérus très étroitement.

OPÉRATION, le 14 décembre. — Laparotomie sous-ombilicale.

A droite et un peu en arrière de l'utérus, comblant le cul de sac de Douglas, un kyste intraligamentaire, dépendant des annexes gauches, fortement adhérent au rectum, est d'abord vidé par ponction de son contenu séreux, puis décortiqué laborieusement. Un surjet au catgut sur le péritoine recouvre la surface cruentée laissée par son extraction.

Un autre kyste également intra-ligamentaire et à contenu séreux, occupe le côté gauche, dépendant des annexes gauches, un peu saillant en avant, adhérent à l'S iliaque.

Il est traité de la même manière.

L'utérus est enlevé consécutivement par une amputation sus-vaginale, ce qui permet d'avoir un petit bassin complètement nettoyé, en laissant une surface lisse sans saillie ni anfractuosité.

Les ligatures ont été faites au catgut.

La paroi est fermée par un seul plan au crin double, après drainage par un Mickulicz à la gaze stérilisée avec un gros drain.

Durée de l'opération : 1 h. 25.

Suites opératoires. — Normales.

Ablation du Mickulicz, le 17 décembre, on le remplace par un petit drain enlevé lui-même le 19. Une petite mèche est placée dans l'orifice du drainage.

Le 22 décembre, pansement à plat.

Le 25 décembre, ablation des crins.

La malade étant repassée dans la salle commune, un pansement insuffisamment assujéti, remonte un peu et laisse à découvert la partie inférieure de la plaie. Il se produit à ce niveau une infection secondaire qui donne lieu à un abcès, siégeant dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, qui doit être incisé et drainé. La guérison de cet abcès pariétal retient la malade à l'hôpital jusqu'à la fin de février.

A ce moment elle part complètement guérie avec une paroi abdominale très solide.

OBSERVATION VI

Fibrome de l'utérus. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

B. . . , Anne, 34 ans, entrée à la salle Cruveilhier le 19 déc. 1899.

Antécédents. — Réglée à 12 ans. Règles un peu irrégulières, durant 3 à 4 jours. Non douloureuses.

Trois grossesses : la première à l'âge de 20 ans ; la deuxième à 23 ans ; la troisième à 25 ans. Toutes les trois s'étant terminées à terme par un accouchement spontané et normal. Suites de couches normales.

Au cours de la 3^e grossesse et vers le 4^e mois, perte de sang survenue sans cause appréciable, s'accompagnant de quelques douleurs et ayant pu faire craindre une fausse couche. Elle se calme par le repos au lit et ne se reproduit pas. La grossesse évolue jusqu'au terme comme les précédentes. Ce n'est qu'assez longtemps après ce dernier accouchement que les règles apparaissent d'une façon irrégulière, plus espacées qu'avant, mais durant 8 jours environ, s'accompagnant de coliques assez vives les premiers jours, puis, d'expulsion de caillots.

Depuis 2 ans, métrorrhagies fréquentes.

Il y a un mois seulement que la malade a senti à la main une tumeur dure dans la région hypogastrique. Au reste, pas de douleurs autres que celles que nous avons signalées au début de l'époque menstruelle.

Le palper combiné fait poser le diagnostic évident de fibrome utérin remontant jusqu'à un peu au-dessous de l'ombilic.

OPÉRATION, le 23 décembre 1899. — Incision de l'ombilic au pubis. Mise à nu des droits et résection de la ligne blanche.

La tumeur occupe tout l'utérus. Col très court.

Extraction au tire-bouchon, suffisant à exposer les annexes.

Clamp et section des utéro-ovariennes en dehors des annexes qui sont enlevées en totalité.

Section du péritoine en avant et en arrière et décollement de la vessie.

Section, pincement et ligature de l'utérine gauche (catgut).

Section du col et cautérisation.

Section, pincement et ligature de l'utérine droite (catgut).

Evidement du col qui reste en place, suturé au catgut.

Surjet péritonéal au catgut enfouissant le moignon cervical et les utérines.

Ligature des utéro-ovariennes au catgut.

Mickulicz à la gaze stérilisée et drain.

Poids du fibrome, 1 kilogramme. Durée d'opération 42 minutes.

Suites opératoires, normales.

Ablation du Mickulicz 48 heures après l'opération.

Il est remplacé par un drain, supprimé lui-même le lendemain.

Le 2 janvier (19^e jour) ablation des crins. Réunion par première intention excepté au niveau du drainage.

8 janvier. — Réunion complète.

La malade se lève le 12 janvier et quitte l'hôpital en parfait état le 16 janvier.

OBSERVATION VII.

Fibrome utérin et salpingite suppurée droite. — Hystérectomie sus-vaginale. — Guérison.

F. . . , 39 ans, cuisinière, entrée à la salle Cruveilhier, le 17 février 1900.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Un accouchement normal à terme, il y a 19 ans. Suites de couches normales.

Pas d'autre accouchement ni fausse couche.

Réglée toujours régulièrement et sans douleur jusqu'à il y a un an. Depuis ce moment, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes, avec parfois écoulement sanguin dans la période intercalaire. Cependant la malade ne souffrait pas du ventre qui avait augmenté de volume. Ce n'est qu'un mois avant son entrée à l'hôpital qu'elle a ressenti des douleurs vers la région annexielle droite.

Etat actuel, le 17 février 1900. — Toucher : col normal, mobile, reporté en avant. En le combinant avec la palpation abdominale, on constate l'existence d'une volumineuse masse, dure, un peu irrégulière à sa partie supérieure, remontant jusqu'à l'ombilic. Les mouvements qu'on lui imprime sont transmis intégralement à l'utérus.

On sent une deuxième tumeur, peu volumineuse, mais douloureuse à la pression, dans le cul-de-sac droit.

Cathétérisme : 7 centimètres $1/2$ de cavité utérine.

Le diagnostic de fibrome s'impose, mais avec *quelque chose* (?) dans le cul-de-sac droit.

OPÉRATION, le 22 février 1900. — Incision dépassant l'ombilic.

On amène assez facilement dans la plaie un fibrome faisant corps avec l'utérus, gros comme un petit melon. Mais on ne voit pas nettement les ailerons des ligaments larges.

A gauche, une masse confuse, dans laquelle on distingue le gros intestin (S iliaque) adhérent à la base du fibrome (on y reviendra).

A droite, masse ronde qui n'est autre que l'utérus enclavé de ce côté. Le ligament large et les annexes droits sont donc au-dessous de lui.

En rasant l'utérus on arrive à glisser deux clamps sur le bord supérieur du ligament large droit, à saisir l'utéro-ovarienne et à les sectionner.

Les doigts peuvent alors glisser le long de l'utérus en partie dégagé de ce côté et aller jusque vers le cul-de-sac de Douglas, s'assurer s'il ne contient pas quelque masse correspondant à la tuméfaction douloureuse perçue avant l'opération par le toucher. En avançant peu à peu par décollement, on pénètre dans une cavité d'où s'échappe du pus (La malade est en position inclinée et force éponges ont été mises dans le ventre au dessus du champ opératoire en prévision

d'une surprise). Le foyer ainsi ouvert est aussitôt étanché avec soin et une éponge montée est placée dans la cavité.

Section du ligament large gauche. — On arrive comme à droite à glisser deux clamps sur le bord supérieur de ce ligament, saisissant les utéro-ovariennes que l'on coupe. Les deux lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur peuvent alors être disséqués et la vessie est refoulée en avant. On poursuit ensuite le dégagement de l'utérus à gauche jusqu'au col. Section transversale de celui-ci. Dès le premier coup de bistouri l'utérine gauche est coupée et aussitôt pincée. En continuant la section, l'utérine droite coupée est pincée à son tour. La tumeur est alors libre et enlevée avec l'utérus.

L'opération se termine à l'ordinaire :

Ligature des utérines. Ligature des utéro-ovariennes (catgut). Surjet péritonéal enfouissant le moignon utérin et les ligatures des utérines.

Mickulicz à la gaze stérilisée et drain.

Suture de la paroi en un seul plan (crin double).

Suites opératoires. — Pendant deux jours la malade, sans élévation de température, présente une grande accélération du pouls (150), respirations fréquentes 20-24. Pas de vomissements, de l'agitation, surtout le 24 février, jour où son état paraît devoir inspirer quelques inquiétudes.

1,500 gr. de sérum artificiel. Boissons abondantes.

Les jours suivants le pouls se ralentit progressivement et revient bientôt à la normale. Toujours pas d'élévation de température.

Le 27 février tout est rentré dans l'ordre.

Le Mickulicz a été enlevé le 26 février.

Les crins le 10^e jour.

Dans la suite la malade a eu une atteinte de grippe avec foyer de congestion pulmonaire à la base gauche.

Elle a quitté l'hôpital le 27 mars, complètement guérie.

OBSERVATION VIII

Fibromes multiples volumineux. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Pas de drainage, Guérison.

Sp..., 55 ans (Malade de ville).

Antécédents. — Début de l'affection indéterminé. Règles

toujours abondantes. Depuis 4 à 5 mois, vraies métrorrhagies très abondantes.

Etat actuel. — Femme pâle, amaigrie, très anémiée.

Ventre énorme : 1° grosse tumeur mobile médiane, derrière l'ombilic, s'enfonçant sous le diaphragme. 2° Tumeur dans le flanc droit remontant jusqu'au rebord costal, qui semble aussi un peu mobile. Toucher : Les mouvements imprimés aux tumeurs abdominales par le palper abdominal se communiquent au col de l'utérus.

OPÉRATION, le 7 février 1900. — Incision menée d'emblée au-delà de l'ombilic à cause de l'énorme volume de la tumeur. Paroi amincie sans graisse.

L'épiploon recouvre la tumeur rétro-ombilicale et y adhère. Il est détaché sans saigner.

Exploration facile de la tumeur principale, suivie de celle de la tumeur du flanc droit qui se prolonge dans la fosse iliaque gauche.

Intestin et épiploon refoulés et protégés par des compresses. Ligaments larges et utéro-ovariennes pris entre deux clamps de chaque côté et sectionnés.

Section du péritoine en avant et en arrière et refoulement de la vessie.

Section transversale du col sans s'occuper des utérines, celles-ci sont liées après coup.

Cautérisation de la cavité cervicale.

Ligature des utéro-ovariennes au catgut.

Surjet péritonéal enfouissant le moignon utérin et les ligatures.

Le plancher du petit bassin est tellement bien reconstitué, sans ombre de suintement sanguin, que tout drainage semble inutile.

Fermeture de la paroi en un seul plan.

Durée, 50 minutes. Poids de la tumeur, 4 kilogr. 200.

Suites opératoires, sans aucun incident. La température ne dépasse pas 37°,4 et le pouls 60.

Fils enlevés le 8^e jour. Réunion par première intention. La malade quitte la maison de santé au commencement du mois de mars en excellent état.

OBSERVATION IX

Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

B. . . Agathe, 39 ans. Entrée à la salle Cruveilhier le 21 février 1900.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Toujours régulièrement.

Règles durant 8 jours, jamais douloureuses, mais abondantes. Un accouchement à 18 ans. Suites normales. Pas de fausse-couche.

Au mois de février 1899 et pendant 3 mois à la suite, pertes de sang tous les 15 jours, abondantes, durant 3 ou 4 jours. Au mois de novembre de la même année, grosse perte avec caillots.

Jamais de douleurs. Le ventre qui était gros avant le mois de novembre, a diminué de volume après l'hémorragie. Il n'aurait pas augmenté de volume depuis.

Etat actuel. — Le toucher combiné à la palpation abdominale permet de reconnaître la présence d'un fibrome utérin volumineux, mobile, remontant jusqu'à l'ombilic, très dur, à surface irrégulière. Pas de lésions des annexes appréciables au toucher.

OPÉRATION, le 10 mars 1900. — Incision et résection de la ligne blanche.

Extraction au tire-bouchon.

Pincement des ligaments larges et section.

Taille des lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur.

Section des utérines aussitôt pincées, et ligature au catgut.

Section du col et cautérisation de la cavité cervicale.

Ligature des utéro-ovariennes (catgut).

Surjet péritonéal sur la base des ligaments larges et le moignon utérin.

Suture de la paroi avec un seul plan (crins) après drainage par un Mickuliez.

Poids du fibrome, 1 kilog. 850.

Suites opératoires. — Normales.

Le 12 mars, ablation du Mickuliez. Suintement sanguin assez abondant. On met un drain qui est supprimé 24 heures plus tard. La température s'élève pendant 2 jours seulement à 38° mais la malade tousse beaucoup.

Le 12 mars, ablation des fils. Réunion complète excepté au niveau de l'orifice du drainage.

La malade quitte l'hôpital guérie le 11 avril.

OBSERVATION X

Kyste à pédicule tordu de l'ovaire gauche. — Kyste de la trompe droite. — Fibrome utérin. — Hystérectomie sus-vaginale. — Guérison.

Br..., Céline, 45 ans, entrée à la salle Curveilher le 5 mai 1900.

Antécédents. — Réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Une fausse couche sans accidents consécutifs à l'âge de 25 ans. Pas d'enfants.

Il y a 8 mois, disparition des règles (ménopause). Quelques douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche et du rein gauche. Vers le 1^{er} février 1900, douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant vers l'ombilic, accompagnées de vomissements et de ballonnement du ventre, ayant duré peu de jours. Au lit, la position couchée sur le côté gauche est impossible. La station debout est pénible. On pense à une grossesse extra-utérine, et la malade entre à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, le 15 février. A ce moment les douleurs diminuent un peu, l'état général est bon. Mais on constate que les urines de la malade sont peu abondantes. Avant l'entrée à l'hôpital les mictions étaient fréquentes (7-8 le jour 3-4 la nuit). Les urines recueillies à partir du 25 février ont un volume de 500-750-625-850-625-800-600-500 centimètres cubes.

On constate une tumeur volumineuse dans le flanc gauche et la malade est envoyée dans le service de chirurgie (salle Cruveilhier).

État actuel, 5 mars 1900. — Une tumeur volumineuse située dans le flanc gauche, descend jusque dans la fosse iliaque. Elle est mate à la percussion, légèrement douloureuse à la pression, à surface régulière, tendue et fluctuante. On peut glisser la main en avant entre la tumeur et le rebord des fausses côtes.

La région lombaire gauche est mate à la percussion. On perçoit un ballottement net à la palpation bi-manuelle. Cependant, le cathétérisme des urètres, pratiqué par M. le Dr Pasteau, permet d'éliminer l'hypothèse d'une hydronéphrose. Il montre que le rein a conservé

sa situation dans la fosse lombaire et qu'il n'y a pas de rétention dans le bassin, la sonde allant directement et facilement jusque dans le rein. Et M. Monod fait le diagnostic de kyste de l'ovaire à long pédicule (à cause du siège élevé de la tumeur et de sa consistance).

Sous le chloroforme le diagnostic devient évident, la tumeur se laisse en effet repousser en bas et ramener jusqu'au dessus du pubis. Tumeur arrondie, régulière et évidemment fluctuante.

OPÉRATION, le 3 avril 1900. — Incision sous-ombilicale vite prolongée au-delà de l'ombilie. On trouve un kyste de l'ovaire gauche à parois noirâtres, relié au petit bassin par un long pédicule tordu (un tour complet). Evacuation du kyste par ponction : 500 grammes de contenu hématique. Ablation après ligature du pédicule au catgut. Extirpation par hystérectomie sus-vaginale de l'utérus fibromateux (430 grammes), puis des annexes droites : trompe kystique de la grosseur du pouce. Suture complète du péritoine pelvien et des ligaments larges. Drainage par un Mickulicz. Paroi suturée en un seul plan au crin double.

Suites opératoires. — Le Mickulicz est enlevé 48 heures après l'opération, remplacé par un drain, jusqu'au 13 avril. Tout se passe normalement et la malade sort le 28 avril complètement guérie et le trajet de drainage cicatrisé.

OBSERVATION XI

Fibrome utérin à bosselures multiples dont une ayant subi la dégénérescence colloïde. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Guérison.

M..., Marie, 38 ans, employée de commerce. Entrée au pavillon Gosselin le 31 mars 1900.

Antécédents. — Réglée à 12 ans 1/2. Règles régulières, abondantes, douloureuses. Pas de pertes blanches.

Il y a 4 ans, la malade a présenté des troubles psychiques ayant nécessité son internement pendant 18 mois.

Depuis quelques temps elle a remarqué que son ventre augmente de volume. C'est pour cela qu'elle vient à l'hôpital le 31 mars. L'augmentation de volume du ventre ne s'est pas accompagnée de

douleurs, sauf il y a un mois, pendant une atteinte de grippe. A ce moment, la malade a éprouvé durant 15 jours des douleurs très fortes dans la portion sous-ombilicale de la cavité abdominale avec prédominance à gauche et quelques irradiations dans les cuisses. Pas de troubles de la menstruation ; les règles sont plutôt un peu moins abondantes qu'auparavant.

Etat actuel. — 31 mars : Toucher difficile à pratiquer (hymen intact). Tumeur abdominale remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, parfaitement mobile avec le col utérin et située au-dessus du segment inférieur de l'utérus. Sa forme est très irrégulière avec de grosses bosselures, dont une très dure située à gauche et dont l'autre médiane, présente une pseudo-fluctuation manifeste. Cette tumeur est parfaitement indolente et mobile. Dans les culs-de-sac, on ne sent pas les annexes.

OPÉRATION, le 5 avril 1900. — Incision sous-ombilicale. Le coup de tire-bouchon donné dans la tumeur pénètre dans une cavité kystique en voie de ramollissement d'où s'échappe un liquide gommeux, brunâtre. Il faut retirer l'instrument et boucher l'orifice avec le doigt. Les pinces à kyste déchirent. La tumeur reste donc profonde, d'où difficulté à saisir et lier les utéro-ovariennes. On y parvient cependant, puis l'opération s'achève à l'ordinaire.

A gauche, gros ovaire kystique qui est enlevé.

A droite, l'ovaire est sain ; il est laissé en place.

Bonne reconstitution du plancher du petit bassin par un surjet péritonéal, qui ferme la surface cruentée de la base des ligaments larges et enfouit le moignon utérin et les ligatures des utérines.

Drainage par un Mickulicz.

Paroi abdominale refermée par un seul plan de sutures au crin double.

Examen de la pièce : il s'agit d'un fibrome à bosselures multiples. L'une d'elles a subi la dégénérescence colloïde.

Suites opératoires. — Normales. Le Mickulicz est enlevé au bout de 48 heures et remplacé par un drain, complètement supprimé lui-même le lendemain.

Ablation des crins le 11^e jour. Réunion complète moins l'orifice du drainage.

La malade complètement guérie part le 31 avril.

OBSERVATION XII

Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale sans drainage. — Guérison.

P. . . ., 37 ans (Malade de ville).

Antécédents. — Deux enfants et deux fausses couches.

Le dernier des enfants a 7 ans, le premier 12 ans.

Les deux fausses couches ont précédé les deux grossesses.

La tumeur date d'un an environ. Elle est médiane, très mobile, fait évidemment corps avec l'utérus, molle, presque fluctuante, non douloureuse. Pas de pertes, mais la tumeur grossit d'une façon manifeste et assez rapidement. Elle atteint l'ombilic.

OPÉRATION, le 29 avril 1900. — A l'ordinaire.

Incision sus-ombilicale.

Extraction facile au tire-bouchon.

Deux clamps sur les utéro-ovariennes.

Lambeaux péritonéaux et refoulement de la vessie.

Section des utérines, pincées immédiatement.

Section transversale du col et cautérisation.

Ligature des utéro-ovariennes et des utérines (catgut).

Surjet au catgut sur le moignon utérin.

Surjet péritonéal enfouissant les ligatures.

Fermeture de la paroi en trois plans. Catguts profonds et crins superficiels sans drainage.

Durée 45 minutes.

Suites normales.

Ablation des crins le neuvième jour. Réunion par première intention. La malade quitte la maison de santé trois semaines après l'opération pour aller passer huit jours encore chez une amie au repos, avant de retourner chez elle en province.

OBSERVATION XIII. — Communiquée par M. le Dr MONON à la *Société de chirurgie* (*Bulletins et Mémoires de la Soc. de chir.*, Séance du 23 mai 1900, p. 578).

Fibrome utérin inclus et kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

Ch. . ., Estelle, 42 ans, vannière. Entrée au Pavillon Gosselin, le 30 avril 1900,

Antécédents. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. Règles abondantes, durant 4 ou 5 jours.

Jamais de grossesse.

Il y a dix-huit mois, les règles se rapprochent un peu, deviennent plus abondantes, puis deviennent irrégulières. En même temps, la malade a des douleurs continues dans le bas-ventre avec irradiation dans la cuisse gauche.

Etat actuel. — (Toute cette partie de l'observation est empruntée aux *Bulletins de la Société de chirurgie*).

La malade porte dans le ventre une tumeur volumineuse, en relation évidente avec l'utérus, et pour laquelle le diagnostic de fibrome s'imposait. L'ablation par voie abdominale semblait devoir être facile, bien que la masse, explorée soit par la palpation, soit par le toucher, parût relativement mobile et que la vessie fût manifestement déviée à droite, circonstance plutôt rare dans les fibromes utérins non compliqués.

Un second fait attirait l'attention. A gauche de la tumeur principale, on en découvrait une seconde plus profondément située, sur la nature de laquelle les avis étaient partagés : les uns songeaient à une salpingo-ovarite concomitante, les autres à une seconde masse fibromateuse surajoutée à la première.

Nous dirons dans un instant que l'une et l'autre hypothèses étaient fausses.

OPÉRATION, le 1^{er} mai 1900. — Le ventre ouvert, la première difficulté opératoire résulta de ce fait que la tumeur utérine, aussitôt reconnue, était *incluse*. Elle était recouverte d'un feuillet péritonéal qui, se réfléchissant sur les côtés, empêchait absolument l'exploration de son contour ; sur ce feuillet séreux aboutissaient les anses intestinales voisines, en connexion anatomique avec lui, je veux dire qu'il ne s'agissait pas d'adhérences pathologiques secondaires ; c'était l'enveloppe séreuse normale de l'intestin qui se continuait avec l'enveloppe séreuse de la tumeur. En d'autres termes, le fibrome développé principalement dans la corne gauche de l'utérus avait dédoublé le ligament large du côté gauche et s'en était coiffé ; ce soulèvement péritonéal s'était étendu jusqu'au voisinage de l'anse sigmoïde.

Il fallait, comme dans toute tumeur incluse, inciser le feuillet séreux enveloppant, et extraire par décollement ou clivage la partie contenue. Ce décollement poussé au-delà de l'équateur de la tumeur,

je pus, enfonçant le tire-bouchon dans son segment supérieur dégagé, extraire celui-ci et l'amener dans la plaie.

Ce que faisant, la seconde masse, constatée avant l'opération par le palper, apparaît au jour. C'était un kyste du volume d'un poing d'adulte, adhérent intimement au bord gauche de l'utérus. Je pus, sans le ponctionner et sans le crever, l'amener lui aussi dans la plaie; puis le dégager laborieusement de ses connexions utérines, le pédiculiser sur ce qui correspondait à la corne gauche de l'utérus, clamper ce pédicule et le couper, sauf à le lier plus tard.

Ceci fait, je reviens à la tumeur utérine dont je poursuis la libération sur tout son segment inférieur; par une section transversale faite à la base de ce segment, je coupe successivement l'artère utérine gauche, le col et l'artère utérine droite. Les artères sont pincées à mesure, et la cavité du col cautérisée.

L'utérus, avec le fibrome qu'il contient, est alors complètement libéré et extrait.

Il n'y a pas eu de temps spécial pour la saisie des utéro-ovariennes; celle de gauche a été comprise dans le pédicule du kyste; celle de droite a dû être pincée par les clamps mis chemin faisant sur les bords du ligament large, au fur et à mesure du décollement du feuillet séreux.

L'opération se termine à l'ordinaire par l'occlusion du moignon utérin, à l'aide d'un surjet au catgut, et par la reconstitution du péritoine pelvien à l'aide d'un second surjet. La plaie abdominale est fermée à l'exception de l'angle inférieur, où, par prudence, je place un Mickulicz avec drain.

La tumeur enlevée pesait 900 grammes.

Suites opératoires. — Trois heures après la fin de l'opération, on constate une pâleur extrême de la malade, le pouls très petit, incomptable. Les extrémités sont froides, malgré boules et couvertures chaudes. Le bord inférieur du pansement est teint de sang. La malade immédiatement portée à la salle d'opérations et réendormie, on constate que tout le pansement, ouate hydrophile et compresses stérilisées, est imprégné de sang. Du sang sort par le drain du Mickulicz dont la base en est toute imbibée. On fait sauter les crins de la paroi. La vessie distendue par l'urine se présente immédiatement derrière la paroi et est évacuée à la sonde. Dans le petit bassin, à la place occupée par le Mickulicz un peu de sang liquide,

pas de caillots. Aucun vaisseau qui saigne dans le fond ; mais à gauche, à l'extrémité du ligament rond sectionné, au milieu d'une frange péritonéale flottante et libre, une artériole donne d'une façon continue. Elle est pincée et liée ainsi que deux petits vaisseaux qui saignent un peu dans la graisse sur la paroi. L'hémostase paraît complète. Un nouveau Mickuliez étant mis en place pour assurer le drainage, la paroi est refermée par un surjet péritonéal et un plan musculo-cutané.

Injection sous-cutanée de deux litres et demi de sérum en deux fois. Le pouls se remonte et dans la soirée la malade se trouve mieux, les extrémités se réchauffent. Nuit calme mais sans sommeil.

Le lendemain matin (2 mai), température vaginale 37°8.

Pouls bien frappé parfaitement perceptible, rapide 120.

Accélération de la respiration : 44.

Un litre et demi de sérum.

A 4 heures, T. 37°,7. Pouls régulier 114. Respiration 34. La malade est plus calme et se sent mieux.

3 mai. — T. 37°,5. Pouls 108. Assez fort.

Le pansement est refait. Les compresses sont encore un peu teintées de sang. Ablation du Mickuliez. Drain. Soir, T. 37°,8 ; P. 108.

4 mai. — Le pansement est refait. Presque pas de suintement. Le drain est enlevé et supprimé, remplacé par une mèche.

5 mai. — Purgation qui amène évacuation abondante.

Les jours suivants, la malade va très bien. Le pouls revient à la normale. L'orifice du drain, dans sa partie superficielle, est un peu long à se fermer et donne lieu à un peu de sécrétion séro-purulente. Attouchements à l'eau oxygénée qui le déterge rapidement et le fait bourgeonner.

Le 22 mai, la malade a une poussée d'érythème polymorphe fébrile (éléments noueux et bulleux), qui dure cinq à six jours, sans altérer son état général.

Le 10 juin, elle quitte l'hôpital en très bon état. Elle a été revue à la fin du mois de juillet, au moment où elle allait quitter Paris pour rentrer dans son pays. Elle allait toujours très bien.

OBSERVATION XIV. — Communiquée par le Dr MONOD à la *Société de chirurgie*, séance du 23 mai 1900. *Bull. et Mémoires*, p. 579).

Fibrome utérin et kyste inclus dans le ligament large gauche. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

C..., Adèle, 46 ans, marchande au panier, entrée au pavillon Gosselin le 31 avril 1900.

Antécédents. — Un seul accouchement il y a 23 ans. Suites normales, toujours bien réglée. Jamais de pertes ni en rouge, ni en blanc. Depuis 3 mois, lourdeur et pesanteur dans le bas-ventre, devenues plus vives ces derniers temps, avec irradiations lombaires et rendant la station debout très pénible, presque impossible. Il y a quelques jours seulement que son attention a été attirée sur le développement de son ventre.

Etat actuel, 1^{er} mai 1900. — A la palpation de l'abdomen, on sent à droite, dans la fosse iliaque, et dépassant à gauche la ligne médiane, une masse ferme, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et pénétrant en bas dans le petit bassin. Elle est mobile et assez superficiellement sentie derrière la paroi abdominale antérieure. (La suite de l'observation est empruntée au *Bulletin de la Société de chirurgie*).

Un fibrome utérin ne faisait pas doute, et suffisait à lui seul, par son volume et par les troubles qu'il provoquait, à légitimer mon intervention.

Mais, l'on trouvait de plus, par le toucher, dans le cul-de-sac latéral gauche, débordant dans le postérieur, une masse plus molle, perçue également mais difficilement par le palper, donnant l'impression d'une tumeur liquide. L'indolence absolue de cette seconde masse, l'absence de fièvre ou de poussées fébriles, l'absence aussi de tout « passé pelvien » firent écarter le diagnostic de salpingite concomitante.

Nous nous arrêtons à l'idée d'une tumeur kystique que, en raison de sa faible saillie dans le ventre et de sa grande fixité, nous supposons incluse.

Nous pûmes, au cours de l'opération, vérifier l'exactitude de ce diagnostic. Pour le dire de suite, l'utérus fibromateux était comme cravaté à sa base, du côté gauche, avec prolongation à la face pos-

térieure du col, par une collection liquide, enfouie sous le ligament large, disposition qui devait singulièrement entraver la libération du segment inférieur de la masse utérine.

OPÉRATION, le 15 mai 1900. — En effet, le ventre ouvert, et l'utérus reconnu, par la manœuvre du tire-bouchon, j'essaye de l'amener dans la plaie, je constate qu'il résiste à mes efforts, retenu qu'il est dans la profondeur par la tumeur kystique, qui est maintenant aperçue, l'encerclant à gauche et en arrière.

Il faut, avec les doigts plongeant dans la profondeur, tenter de dégager l'utérus de ses connexions, non sans avoir protégé la partie supérieure de la cavité péritonéale avec éponges et compresses, en vue d'une rupture possible de la poche. Celle-ci se produit, en effet, bientôt; le liquide qui s'écoule, aussitôt recueilli, est filant et noirâtre. Je n'en poursuis pas moins le décollement le plus rapidement possible.

A mesure qu'il s'opère, l'utérus se laisse extérioriser de plus en plus. Je puis bientôt saisir les utéro-ovariennes de chaque côté, les couper entre deux clamps, puis achever à l'ordinaire l'ablation sus-vaginale de l'utérus par section transversale du col et ligature des utérines, après taille préalable des deux lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur.

Reste le kyste rompu, dont on voit l'ouverture au fond du bassin, actuellement vidé, il ne forme plus sous le péritoine pelvien aucun relief. Il me semble inutile et dangereux de tenter l'extraction de cette poche sans consistance. Je crois préférable de profiter de sa situation basse et de ses rapports intimes avec le vagin pour la drainer par cette voie.

Introduisant donc d'une part dans le vagin une longue pince, jusque sous la paroi kystique, de l'autre, deux doigts dans la cavité du kyste par l'ouverture à travers laquelle il s'est vidé, j'arrive facilement à faire pénétrer l'extrémité de la pince dans la cavité kystique, et à mettre un drain en bonne place.

J'eus soin, lors de la réfection du péritoine pelvien par suture des deux lambeaux péritonéaux, de voiler du même coup l'orifice de rupture de la paroi kystique, de façon à interrompre toute communication entre la cavité du kyste et celle du péritoine.

Puis je fermai la paroi abdominale avec drainage de sûreté à l'angle inférieur de la plaie.

Le fibrome enlevé pesait 850 grammes.

Suites opératoires normales.

17 mai. — Ablation du Mickuliez remplacé par un drain. Pansement vaginal.

18 mai. — Le drainage est prolongé en raison d'un peu de suintement.

Le 23 mai. — Ablation des fils et suppression du drain. Mèche de gaze. Pansement tous les 2 jours.

Le drain vaginal supprimé plus tard a permis l'oblitération définitive de la cavité kystique en l'absence de toute réaction soit locale, soit générale. La malade se lève le 21^e jour et un mois après l'opération le toucher permet de sentir la cicatrice solide du cul de sac postérieur. Le liquide de l'injection vaginale ressort propre.

La partie superficielle du drainage abdominal est un peu plus longue à se fermer.

La malade sort le 27 juin complètement guérie.

OBSERVATION XV

Fausse couche de trois mois et demi. — Placenta retenu dans un utérus occupé par un gros fibrome sphacélé. — Hystérectomie sus-vaginale. — Mort.

L... , Geneviève, 41 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 10 mai 1900.

Antécédents. — Réglée à 18 ans 1/2. Règles toujours régulières, durant 2 jours, non douloureuses. Jamais de métrorrhagies ni de pertes blanches. Pas de douleurs de ventre ni de pesanteur.

Il y a 22 ans, une première fausse couche de six mois et demi.

Un an après, deuxième fausse couche de six mois.

Il y a deux ans, troisième fausse couche de deux mois.

Ces trois fausses couches sans suite fâcheuse. Pas de métrorrhagies consécutives. Depuis sept ans la malade a beaucoup et assez rapidement grossi.

Etat actuel. — Le 10 mai 1900. La malade fait une quatrième fausse couche de trois mois et demi. Elle entre à la maternité de Saint-Antoine où elle subit un curettage le lendemain. Mais elle présente les jours suivants des phénomènes d'infection. Le 15 et le 16 mai sa température atteint le soir 39°. Pas de frissons ni de

vomissements. Un peu de céphalée. Ventre un peu douloureux à gauche.

La cavité déformée de l'utérus, que son volume et sa dureté font reconnaître aisément pour un utérus fibromateux, ayant dû rendre le premier nettoyage insuffisant, on se décide à une intervention plus radicale et la malade est passée dans le service de chirurgie.

OPÉRATION, le 17 mai 1900. — Le matin de l'opération : température vaginale, 39°,8. Pouls, 120. Facies blafard.

Opération conduite à l'ordinaire.

Pédiculisation des utéro-ovariennes. La tranche de section est immédiatement cautérisée au thermo-cautère.

A la section du col utérin, il s'échappe un liquide noirâtre reçu sur des compresses. La surface du moignon et la cavité sont fortement cautérisées et une mèche de gaz iodoformée est introduite dans la cavité cervicale, poussée jusque dans le vagin et laissée en place. Surjet au catgut, fermant par dessus cette mèche la tranche utérine. Surjet péritonéal reconstituant le plancher pelvien. Drainage par un Mickulicz. Paroi suturée en un seul plan.

L'utérus examiné, renferme un volumineux fibrome implanté sur la paroi postérieure de sa cavité à l'intérieur de laquelle il fait saillie. Il en résulte que sur une coupe sagittale, la cavité utérine a la forme d'un croissant à concavité tournée en arrière, embrassant le fibrome. C'est dans la corne supérieure de ce croissant, au fond de la cavité utérine, au-dessus du fibrome qu'était inséré le placenta dont il reste quelques débris. La masse fibromateuse, dépouillée de sa muqueuse, est sphacélée superficiellement et dégage une odeur de putréfaction.

Poids de l'utérus enlevé : 1950 grammes.

Après l'opération, injection sous-cutanée de sérum.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération T. 39°,6. P. 120. Le lendemain, 18 mai, T. 39, P. 128, R. 26.

La malade a dormi la nuit.

On change le pansement extérieur peu traversé.

19 mai. — T. 37°,9; P. 130. La mèche du Mickulicz est enlevée. Pas de suintement. Le drain est renouvelé.

Ventre souple, non douloureux.

Toux pénible, enrouement marqué.

Sérum.

20 mai. — T. 37°,3; P. 124. Somnolence de la malade qui devient

indifférente, agitation par moments. Elle se retourne dans son lit, elle se découvre.

Aphonie. Respiration gênée, parfois mouvements d'inspiration profonde. 25 Respirations à la minute.

Sérum.

Pansement. — Ventre ballonné, douloureux à la pression.

21 mai. — Vomissements bilieux fétides. Prostration. Pouls rapide avec température normale. Pansement : ventre très ballonné, distendant fortement les sutures.

La malade meurt à 6 heures du soir.

OBSERVATION XVI.

Kyste mucoïde volumineux de l'ovaire gauche avec ascite et greffes secondaires sur l'utérus. — Ablation du kyste, puis hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

D... Marie, 44 ans, entrée à la salle Cruveilhier, le 21 mai 1900.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Toujours régulièrement. Les règles étaient d'une durée de 3 à 4 jours.

Trois accouchements à terme. Deux fausses couches de 3 et 4 mois, il y a 16 et 17 ans, n'ayant pas eu de suites pathologiques. Pas de pertes blanches.

Il y a 2 ans, remarque l'augmentation du volume du ventre qui devient saillant. A ce moment, quelques pertes de sang, plusieurs fois dans l'espace d'un mois, durant peu de jours et arrêtées par des injections. Depuis quelque temps seulement, pesanteur dans le ventre, sans douleur véritable. Jamais elle n'a souffert. Le volume de la tumeur occasionne un peu de dyspnée.

Etat actuel, 22 mai 1900. — Hernie ombilicale du volume d'une pomme, facilement réductible, sans gargouillement, mate, se reproduisant lentement.

Ventre saillant dans lequel on sent une grosse tumeur fluctuante remontant jusqu'à l'épigastre, à convexité supérieure, mate, sonorité conservée dans les flancs. On peut imprimer à cette masse de petits mouvements de ballotement. Sensation de flot superficielle.

Toucher. Cystocèle vaginale, utérus abaissé, mobile, col petit. Dans le cul-de-sac gauche, on sent facilement la trompe.

Hystérométrie : 9 centimètres de cavité utérine.

Opération, le 26 mai 1900. — Laparotomie médiane.

L'incision est prolongée au delà de l'ombilic, qui est circonscrit par une double incision elliptique, de manière à enlever le revêtement cutané de la hernie ombilicale. Le sac est ouvert en y pénétrant par le collet du côté de la cavité abdominale; il ne contient que de la graisse et est réséqué.

A l'ouverture du ventre il s'est écoulé une petite quantité de liquide épais et filant. Le kyste malgré son gros volume est attiré assez facilement grâce à la longueur de l'incision. Un clamp est placé sur son pédicule et celui-ci sectionné. Le kyste examiné après coup, est un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, à contenu épais et gluant. Le petit bassin inspecté après l'ablation du kyste, on voit l'utérus couvert de petites masses kystiques qui semblent des greffes de la tumeur principale. L'hystérectomie sus-vaginale est décidée parce qu'elle semble le meilleur moyen de nettoyer le petit bassin, et pratiquée suivant la méthode ordinaire avec ablation des annexes. Ligature des artères utérines après leur section (catgut) Cautérisation de la cavité cervicale. Suture du moignon qui est ensuite enfoui sous les lambeaux péritonéaux de manière à reconstituer le plancher péritonéal.

Drainage par un Mickulicz. Suture de la paroi en un seul plan au crin double.

Suites opératoires. Le pansement superficiel est renouvelé le lendemain. Il a été largement traversé par la sécrétion péritonéale. Quarante-huit heures après l'opération, le Mickulicz est enlevé et remplacé par un drain. Ce drainage est continué en raison de la sécrétion abondante jusqu'au 10^e jour, jour de l'ablation des fils. A partir de ce moment là on fait un pansement à plat. L'orifice de drainage se ferme rapidement et la malade quitte l'hôpital le 19 juin, complètement guérie.

OBSERVATION XVII

Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

S..., Marie, 50 ans, entrée à la salle Cruveilhier le 30 mai 1900.
Antécédents. — Réglée à 12 ans. Toujours régulièrement. Mariée,

a eu deux enfants. Suites de couches normales. La ménopause est survenue il y a un an et demi.

Absence de règles pendant six mois, puis perte de sang abondante, pas très douloureuse, suivie de période d'aménorrhée de sept mois avec douleur dans le bas-ventre et quelques pertes blanches. Au bout de sept mois, nouvelle perte de sang très abondante, durant huit jours, très douloureuse, douleurs expulsives et douleurs à la miction. Après un mois de répit, pendant lequel la malade constate l'augmentation de volume considérable de son ventre, survient le 16 mai 1900, une nouvelle hémorragie un peu moins abondante et moins douloureuse que la précédente, mais durant encore huit jours.

Depuis 4 ans environ, crises de gastralgie à diverses reprises, sans vomissements. Constipation habituelle et opiniâtre.

Etat actuel, 1^{er} juin 1900. — Toucher : Le col de l'utérus est induré et légèrement bosselé, l'orifice externe normal. Le corps se confond avec une tumeur médiane remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, ayant le volume d'une tête de fœtus, dure, arrondie, mobile, dont tous les mouvements se transmettent au col. On sent également cette tumeur du corps de l'utérus par le cul-de-sac postérieur. Les culs-de-sac latéraux sont libres, le gauche un peu douloureux. La cavité utérine mesure 8 centimètres.

OPÉRATION, le 12 juin 1900. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le fibrome utérin, libre d'adhérences est amené facilement par le tire-bouchon. Pédiculisation des utéro ovariennes, libération du péritoine en avant et en arrière. Section de l'utérine droite, pincée immédiatement, du col et de l'utérine du côté opposé, pincée à son tour, ligature des artères. Surjet sur le col. Surjet péritonéal enfouissant les pédicules. Mickulicz. Suture de la paroi en un seul plan, crin double.

Suites opératoires normales et régulières. Le surlendemain le Mickulicz est remplacé par un drain, supprimé lui-même deux jours après. Ablations des fils le 10^e jour, la cicatrisation est complète. La malade sort guérie le 8 juillet.

OBSERVATION XVIII

Sarcome kystique végétant des deux ovaires — Ablation des deux tumeurs, puis de l'utérus.

V..., 44 ans (Il nous a été impossible de retrouver la partie clinique de cette observation).

OPÉRATION, juillet 1900. — Il y a comme un semis de productions kystiques sur les ligaments larges; pour être sûr de tout enlever, M. Monod croit bon de supprimer l'utérus qui est du reste très petit. L'utérus est saisi avec des pinces au niveau de ses deux cornes, le péritoine est coupé en avant et en arrière et la vessie refoulée, puis le corps utérin est fendu aux ciseaux jusqu'au col exclusivement. Cautérisation de la cavité utérine. Section du col à gauche, puis à droite. Au passage, les utérines sont coupées et liées. A gauche et à droite les ligaments larges sont liés le plus loin possible.

Fermeture de la tranche du col puis de la paroi.

Suites normales. Guérison.

OBSERVATION XIX

Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Drainage. — Guérison, par MM. les D^{rs} ROBINEAU et MONOD.

L..., 41 ans (malade de ville).

Femme amaigrie. Pas de grossesse.

Début de l'affection indéterminé.

Tumeur volumineuse atteignant l'ombilic.

Règles abondantes. Douleurs abdominales.

OPÉRATION. — Incision sous-ombilicale.

La tumeur est enclavée dans le petit bassin, difficilement attirée au dehors.

Deux clamps sur le ligament large gauche et section entre les deux.

Ligature de l'utérine gauche (soie).

Section du col et cautérisation.

Ligature de l'utérine droite (soie).

Dégagement des annexes droites, volumineuses, kystiques, plongeant dans le cul-de-sac de Douglas. Clamp en dehors d'elles et section. La tumeur est alors enlevée.

Ligature des deux pédicules utéro-ovariens (soie).

Surjet du péritoine recouvrant le moignon utérin (soie).

Mickulicz à la gaze stérilisée et drain.

Suture de la paroi. 3 plans.

Poids de la tumeur : 980 grammes.

Suites normales. — Guérison parfaite.

OBSERVATION XX

Fibromes multiples volumineux. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Sans drainage. — Guérison.

De R... 40 ans. (malade de ville).

Antécédents. — Début de l'affection inconnue. Plusieurs années (?)

Métrorrhagies peu abondantes. Bon état général, la tumeur ne gêne la malade que par son volume.

Etat actuel. — On constate cependant à son entrée à la maison de santé un peu d'albumine dans l'urine et de légers phénomènes de cystite, sans fièvre d'ailleurs. Régime lacté commencé le 5 juillet. Le 11 juillet l'albumine a complètement disparu. Des tumeurs multiples, dures, remplissent tout le ventre, dépassant largement l'ombilic. Le diagnostic de fibromes multiples ne fait pas de doute.

OPÉRATION, le 14 juillet 1900. — Incision conduite immédiatement au dessus de l'ombilic à cause du volume des tumeurs, ouverture de la gaine des droits et résection de la ligne blanche. Extraction des tumeurs au tire-bouchon implanté dans la plus élevée, les autres suivent avec l'utérus. Ligaments larges et vaisseaux utéro-ovariens facilement clampés à droite puis à gauche. Section entre les 2 clamps, de chaque côté, des ligaments larges qui avaient été

pris au-delà des annexes. Le ligament rond a été pris en même temps.

Section du péritoine en avant et en arrière en bonne place.

L'utérus se laisse facilement extérioriser, le col étant long.

Section transversale du col et des utérines. Celles-ci pincées après section.

Cautérisation de la cavité utérine.

Ligature des utérines au catgut.

Surjet hémostatique de la tranche utérine (catgut).

Ligature des utéro-ovariennes (catgut).

Surjet péritonéal enfouissant les ligatures des utérines et des utéro-ovariennes.

Le plancher du petit bassin est si bien reconstitué et si propre que M. Monod se décide à ne pas drainer.

Fermeture totale de la paroi en un seul plan (crin double).

Durée : 1 h. 10.

Poids de la tumeur : 2 kilog. 200.

Suites. — Sans incidents.

Ablation des fils le 24 juillet.

La malade quitte la maison de santé, partant en convalescence le 4 août. Quitte Paris pour retourner à Marseille le 18 août.

OBSERVATION XXI

Volumineux fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Guérison.

L..., 41 ans (malade de ville).

Femme bien portante en apparence, un peu anémiée. Début de l'affection, 8 ans (?). L'augmentation de volume du ventre n'est évidente que depuis quelques mois. Pertes seulement au moment des règles qui sont très abondantes.

La tuméfaction s'arrête à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Diagnostic de fibrome évident. Pas d'hystérométrie.

OPÉRATION, le 18 novembre 1900. — Incision à la manière ordinaire, sous-ombilicale. Une anse d'intestin grêle adhère en ce point

à la tumeur, en la détachant, la séreuse de l'intestin est entamée (suture immédiate au catgut fin).

Extraction de la tumeur. Elle est impossible malgré des tractions fortes avec le tire-bouchon. Il faut lier les deux ligaments larges et les utéro-ovariennes, aux côtés de la tumeur restée en place, à l'aide d'une aiguille mousse passée au ras de l'utérus (catgut). Un second fil est passé et mis un peu plus en dehors. Section entre les deux. La tumeur ne se laisse pas davantage amener dans la plaie. M. Monod incise alors le péritoine de la face antérieure de l'utérus et refoule la vessie.

En continuant de décoller le ligament large de chaque côté on finit par bien apercevoir le col. A gauche, un fil (catgut) est passé au ras du col sous l'utérine. Ce fil noué, on coupe en dedans de lui et commence la section transversale du col. Arrivé du côté droit, un jet de sang indique le moment où on sectionne l'utérine droite qui est aussitôt pincée et liée. La tumeur est alors libre et enlevée. Cautérisation de la cavité cervicale du col.

Ligature des utéro-ovariennes. Les annexes restent en place enfouies dans les ligaments larges épais. Pas de surjet de la tranche utérine qui ne saigne pas. Surjet péritonéal qui enfouit la tranche utérine. Mickulicz à la gaze stérilisée et drain.

Réunion de la paroi en un seul plan (crin double).

Durée 1 h. 10.

Poids de la tumeur 1 kil. 700 grammes.

Suites opératoires sans incidents.

20 novembre. — Ablation du Mickulicz.

28 novembre. — Ablation des fils et du drain qu'on a substitué au Mickulicz.

Le 21 décembre. — La malade guérie quitte la maison de santé.

CONCLUSIONS

1° Par sa bénignité, l'hystérectomie abdominale sus-vaginale est l'opération de choix dans le traitement des fibromes utérins autres que ceux qui relèvent de l'énucléation.

Pour la même raison, elle mérite d'être une opération complémentaire de l'extirpation bilatérale des annexes.

2° Indépendamment de la conservation de la portion vaginale du col, qui est son essence même, elle doit sa bénignité à la péritonisation des surfaces cruentées et à l'exécution rigoureuse de l'hémostase.

3° La conservation de la portion vaginale du col facilite l'opération ;

Abr ge sa durée par suppression de l'hémostase de la ranche vaginale ;

Fait disparaître les chances d'infection par ouverture du vagin.

4° La péritonisation des surfaces cruentées est préparée par la taille préventive soit de deux lambeaux péritonéaux, soit le plus souvent d'un seul lambeau antérieur.

5° L'hémostase, et en particulier celle des utérines, sera assurée par des ligatures, aussi immédiates que possible, faites au catgut et passées à l'aiguille mousse.

Les artères utérines seront sectionnées le plus bas possible.

Vu :

Le Président de la Thèse,
Paul BERGER.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

